Nr. 33. 17. sierpnia 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

Dalsze wyniki po naświetlaniu raka macicy promieniami Roentgena (Serja II)*).

(Z kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. J. K. we Lwowie). Kierownik: Doc. Dr. K. Bocheński.

W roku 1923 podałem wyniki, jakie uzyskałem przy rakach macicy po naświetlaniu promieniami Roentgena (Ginekologja polska Tom II. 1922). Wyniki te przedstawiały się następująco. Na 21 chorych zupełne wyleczenie nastąpiło u czterech. Wyleczenie to rozumieć należy w ten sposób, że obrazowi klinicznemu odpowiadał obraz drobnowidowy i to w zupełności, to znaczy, że pod mikroskopem nie można było znaleść komórek rakowych. Zmiany wsteczne w komórkach rakowych, stopniowe zmniejszanie się ilości tych komórek i wreszcie zupełny ich zanik szły w parze z obrazem klinicznym i ze stanem chorych tak ogólnym jak i miejscowym, który stopniowo się poprawiał i wreszcie po pewnym czasie chore te były zupełnie zdrowe.

W pozostałych 17 przypadkach nie uzyskaliśmy wyleczenia. Lecz i tutaj przeważnie można było stwierdzić korzystne działanie naświetlania. W 2 przypadkach mianowicie stan miejscowy poprawił się do tego stopnia, że chore te, które pierwotnie nie nadawały się wcale do operacji, można było później operować. W innych przypadkach wreszcie, przeważnie zaniedbanych, gojenie się wprawdzie następowało znacznie wolniej i choć ostateczny wynik nie był korzystny, to jednak doraźnie następowała poprawa o tyle, że krwawienie i brudne odchody ustawały nieraz zupełnie, co stan tych chorych czyniło o wiele znośniejszym.

Jeżeli uwzględnimy, że przeważna część autorów podaje odsetek zupełnego wyleczenia raków macicy po naświetlaniu mniej więcej na 26%, to z wyników naszych, wykazujących 20% wyleczenia, nie mogliśmy być zadowoleni. Te gorsze wyniki w naszych przypadkach tłumaczy dostatecznie jakość materjału. Chore nasze w przeważnej części były to przypadki raka daleko posuniętego z rozległemi naciekami a nierzadko z tak daleko posuniętemi przerzutami, że przedstawiały one obraz znacznego charłactwa.

O ile chodzi o porównanie wyników leczniczych po naświetlaniu z wynikami po operacji, to nasz materjał do tego celu się nie nadawał. Porównywać bowiem można ze sobą dwie rzeczy mniej więcej równe sobie lub do siebie podobne. W stosunku do naszego materjału rzecz ma się przeciwnie. Operować bowiem można i operuje się przypadki nadające się do operacji, materjał nasz zaś przedstawia przypadki przeważnie bardzo zaniedbane, w których o wykonaniu jakiegokolwiekbądź zabiegu nawet mowy być nie mogło. Aby więc zyskać możność owego porównania, podzieliliśmy następny materjał, który obecnie właśnie mam zamiar omówić, na cztery następujące grupy:

I. grupa obejmuje przypadki, które klinicznie nadawały się w zupełności do operacji. Jest to więc ta grupa przypadków, które jedynie nadają się do porównania z przypadkami operowanemi.

II. grupa stanowi przypadki t. zw. graniczne, w których klinicznie można było stwierdzić pewne zmiany w przymacicznach, jednakowoż technicznie przypadki te nadawały się jeszcze do operacji przynajmniej t. zw. próbnej.

III. grupa obejmuje te przypadki, w których nacieki w przymaciczach były rozległe a macica zupełnie nieruchoma tak, że o operacji mowy być nie mogło. Są to t. zw. przypadki nienadające się do operacji (*casus inoperabiles*).

IV. grupa wreszcie mieści w sobie przypadki t. zw. zaniedbane. Są to przypadki, w których nietylko miejscowo sprawa była bardzo posunięta ale i stan ogólny przedstawiał obraz zupełnego wycieńczenia. Przeważnie były to chore o cechach znacznego charłactwa, nierzadko gorączkujące i tak wycieńczone, że leżały w łóżku, bo nie były w stanie utrzymać się na nogach o własnych siłach.

Podobnie jak w przypadkach pierwszej serji kontrolowaliśmy nasze chore po naświetlaniu z początku co 2—3 tygodnie, z biegiem czasu co 4—6 tygodni i wreszcie w 6—8 tygodni i tylko niektóre chore, których stan tego wymagał, badane były i nadal w krótszych odstępach czasu. Kontrola polegała na dokładnem badaniu przedmiotowem i porównaniu ze stanem pierwotnym, ważeniu chorych, badaniu krwi i badaniu drobnowidowem, które w II-giej serji przypadków wykonywaliśmy w zasadzie co kilka tygodni a nie co tygodnia, jak to miało miejsce w przypadkach pierwszej serji.

Ogółem druga serja obejmuje 41 przypadków. Wyniki, jakie uzyskaliśmy w poszczególnych grupach, przedstawiają się następująco:

I. grupa (przypadki nadające się do operacji):
- Ilość przypadków 6.
- Wyleczenie . . . . 3 (z tych 1 przypadek Carc. corp. ut.)
- Doraźny wynik dobry . 2 (dtto)
- Bez wyniku . . 1

II. grupa (przypadki graniczne):
- Ilość przypadków 6.
- Wyleczenie . . . . . 4 (u 3 kontrola w 2-gim roku po naświetlaniu, jedna nie zgłosiła się do kontroli).
- Doraźny wynik dobry 1 (Carc. corp. ut.)
- Bez wyniku . . 1 (Ponownie naświetlana nie zgłosiła się do kontroli).

III. grupa (przypadki nie nadające się do operacji):
- Ilość przypadków 21.
- Wyleczenie 5
- Doraźny wynik dobry 11 (z tych jedna później była operowana)
- Brak kontroli u 3
- Bez wyniku . . . 2 (z tych 1 przypadek carc. urethrae)

IV. grupa (przypadki zaniedbane)
- Ilość przypadków 8.
- Wyleczenie 1
- Doraźny wynik dobry . 5
- Brak kontroli u . . . 2

W grupie III. i IV. między przypadkami, w których doraźnie uzyskano wynik dobry, były po 3 przypadki takie, że klinicznie uważaćby je należało za zupełnie wyleczone a figurują one w rubryce »doraźny wynik dobry« jedynie z powodu za krótkiej jeszcze kontroli.

Uzyskaliśmy więc wyleczenie w przypadkach grupy I. na 6 u 3, co czyni 50%, grupy II. na 6 u 4, co czyni 66%, grupy III. na 21 u 5, co czyni 24% i wreszcie grupy IV. na 8 u 1, co czyni 12·5%.

Doraźny wynik dobry wynosił w odsetkach I. grupy 33·5%, II. grupy 16·5%, III. grupy 52% a IV. grupy 62·5%.

Brak było wyniku w przypadkach grupy pierwszej i drugiej u 16·5%, grupy trzeciej u 9·5%, dwie chore grupy czwartej nie zgłosiły się do kontroli, licząc je atoli jako niewyleczone wynosiłby dotyczący odsetek tej grupy 25%.

Biorąc przypadki grupy I. i II. razem, to na 12 chorych obu tych grup uzyskaliśmy wyleczenie u 7, co czyni 58·33%. Biorąc zaś razem przypadki grupy III. i IV. a więc przypadki, w których o zabiegu operacyjnym mowy być nie mogło, to na 29 przypadków obu tych grup uzyskaliśmy klinicznie wyleczenie u 6 chorych, co w odsetkach wynosi

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem Tow. lek. lw. dnia 12. IV. 1924.

przeszło 20%, zaś wynik dobry u 16 chorych a więc przeszło w 55% przypadkach.

W porównaniu z wynikami, jakie uzyskaliśmy w przypadkach pierwszej serji, powyższe wyniki serji drugiej uważać należy bezsprzecznie za bardzo dobre.

Jakiej okoliczności zawdzięczamy tę poprawę?

Jak wyżej wspomniano, z wyników pierwszej serji nie byliśmy zadowoleni i zdawaliśmy sobie sprawę, że musi być jakaś przyczyna, która nie pozwala na uzyskanie lepszych wyników. Jakość naszego materjału do pewnego stopnia tłumaczyła nam gorsze wyniki w porównaniu z wynikami innych autorów. Jeżeli atoli uwzględnimy wyniki w przypadkach serji drugiej, gdzie jakość materjału przecież nie zmieniła się a mimo to wyniki bez porównania są daleko lepsze, to ta różnica wyników leczniczych jeszcze bardziej jest uderzająca.

Badanie drobnowidowe przypadków, w których ostateczny wynik po naświetlaniu był dobry, wykazywało, że z biegiem czasu, w miarę rozrostu tkanki łącznej, komórki rakowe ulegały stopniowo coraz to większym zmianom wstecznym, wreszcie w chwili, kiedy klinicznie przypadek przedstawiał się jako zupełnie wyleczony, mieliśmy w obrazie drobnowidowym jedynie tkankę łączną silnie rozwiniętą a zupełny brak komórek rakowych. Teoretycznie więc sądząc na podstawie tego spostrzeżenia, możnaby przypuszczać, że każdy przypadek raka powinien być uleczalny. Doświadczenie atoli poucza, że tak nie jest i stwierdza ono, że mimo tej samej techniki naświetlania, mimo takiego samego obrazu klinicznego w jednym przypadku nastąpi wyleczenie a w drugim nie będzie żadnego wyniku. Bywa nawet i tak, że w jednym przypadku, dość zaawansowanym, doraźny i ostateczny wynik po naświetlaniu jest bardzo dobry, podczas gdy w innym przypadku, który przedstawia się daleko korzystniej, nie uzyskamy żadnego wyniku. Tej kategorji przypadki, wprawdzie nieliczne, mieliśmy tak w pierwszej jak i drugiej serji. Uderzającem było np. u jednej chorej, osoby młodej, bo 26 lat liczącej, u której zmiany nowotworowe były bardzo ograniczone, tak, że przypadek w całem tego słowa znaczeniu nadawał się do operacji, na którą jednak chora absolutnie zgodzić się nie chciała, że po naświetlaniu nie było najmniejszej poprawy, lecz przeciwnie, rozszerzanie się sprawy nowotworowej postępowało tak szybko, iż miało się wrażenie, jakby naświetlanie przyśpieszyło rozrost nowotworu.

Te i tym podobne przypadki dowodzą, że nie w każdym przypadku raka i nie zawsze istnieją te czynniki, od których zależy wynik naświetlania, a czynniki te są bardzo liczne. Nie mówiąc już o rozległości zmian nowotworowych, wymienić tu należy charakter samego nowotworu, jakość tkanek, przez które promienie przechodzić muszą, aby zadziałać na ognisko rakowe. Bardzo ważną rolę odgrywa siła odporna organizmu jako całość i różnych tkanek miejscowych, a cóż dopiero mówić o licznych czynnikach biologicznych, do dziś niedostatecznie zbadanych i poznanych.

Oprócz, tych czynników bardzo ważną rolę odgrywa sama technika naświetlania, o czem dostatecznie świadczy historja rozwoju naświetlania. Oceniając krytycznie wyniki pierwszej serji naszych przypadków, nie mogliśmy oprzeć się przekonaniu, że w tych przypadkach, gdzie wynik po naświetlaniu był ujemy, dawka miejscowa promieni musiała być za mała. Aby dawkę tę zwiększyć a nie narazić równocześnie tkanek zdrowych na uszkodzenie, zmieniliśmy pierwotną technikę naświetlania w ten sposób, że zwiększyliśmy ilość pól naświetlania. Między innemi dodaliśmy jedno pole od wychodu miednicy. Ponadto przy nastawianiu rur rentgenowskich nie trzymaliśmy się ściśle podawanych schematów, lecz w czasie tego badaliśmy każdą chorą wewnętrznie i w ten sposób kontrowaliśmy kierunek promieni. Ten sposób nastawiania rur zdaniem naszem daje największą pewność, że centrujemy promienie z każdego pola jak najdokładniej w ognisko nowotworowe.

Obawa, że przy naświetlaniu od wychodu miednicy części rodne zewnętrzne, jako delikatniejsze od skóry, mogą ucierpieć, okazała się płonna, gdyż na 41 chorych, w ten sposób naświetlanych, tylko u jednej wystąpiły na sromie zmiany podobne do oparzenia miernego stopnia, które atoli do 3-ch tygodni zupełnie się zagoiły.

Wobec więc niemożności opanowania i krytycznego ocenienia wpływu tych licznych czynników, od których wynik naświetlania zależy, a o których wyżej była mowa, lepsze wyniki w drugiej serji naszych przypadków z konieczności odnieść musimy do zmienionej i ulepszonej techniki naświetlania *).

Zdajemy sobie z tego dobrze sprawę, że wyniki te, jakie uzyskaliśmy w przypadkach drugiej serji, nie uprawniają nas do entuzjazmu. Wszak $2-2^1/_2$ letni czas obserwacji jest jeszcze za krótki, aby twierdzić można, że wyniki te są ostateczne. To też dalecy jesteśmy od tego, by je za takie uważać i pewni jesteśmy, że one jeszcze ulegną zmianie i to na niekorzyść w następnych latach, po upływie których dopiero będziemy mogli wydać o nich stanowczy sąd. Wówczas dopiero będzie nam wolno na podstawie porównania przypadków grupy I. i ewentualnie II. z wynikami pooperacyjnemi wypowiedzieć zdanie, czy naświetlanie posiada wyższość nad operacją, czy też nie.

Atoli już i dzisiaj na podstawie dotychczasowego doświadczenia w jednym kierunku możemy wypowiedzieć się stanowczo co do wartości naświetlania, a mianowicie w przypadkach grupy III-ciej i IV-tej. Są to przypadki nienadające się do operacji a nie rzadko zaniedbane, a więc przypadki, wobec których byliśmy dotychczas prawie że bezradni, bo nie mieliśmy na nie żadnego środka leczniczego. Na 29 przypadków tego rodzaju w 6-ciu uzyskaliśmy wyleczenie, które pojmujemy jako wyleczenie kliniczne i czasowe. Upoważnia nas do tego stwierdzenie faktu, że u chorych tych ustało krwawienie i odchody zupełnie, ognisko nowotworowe się zabliźniło, chore te przybywały na wadze, ogólnie czuły się dobrze i były zdolne do pracy; zaś badanie przedmiotowe oprócz pozaciąganych blizn w miejscu części pochwowej i bliznowato zaciągniętych przymacicz żadnych innych zmian nie wykazywało. U 16 zaś chorych nastąpiła tak znaczna poprawa, że doraźny wynik uważać należy za bardzo zadowalający. Nie da się zaprzeczyć, że podobnego wyniku w takich przypadkach raka macicy żadnym innym sposobem nie możnaby uzyskać. To też na podstawie tych doświadczeń tem więcej upewniliśmy się w przekonaniu, wypowiedzianem po doświadczeniach pierwszej serji, a mianowicie, że *przypadki raka macicy nie nadające się do operacji należy koniecznie naświetlać.*

Co się tyczy przypadków nadających się do operacji, to, jak wyżej wspomniano, nie można o nich wypowiedzieć sądu stanowczego, gdyż 2—3 letni czas obserwacji nie daje pewności, że wyniki uzyskane będą trwałe. Z wypowiedzeniem ostatniego słowa wstrzymać się należy jeszcze przynajmniej przez czas 2—3-letni. Tymczasem stoimy na stanowisku, jakieśmy od początku w tej sprawie zajęli, a mianowicie, że *przypadki raka macicy, nadające się do operacji winny być operowane.*

Na zakończenie wspomnieć muszę, że spostrzeżenia dotyczące ogólnej reakcji organizmu w czasie i po naświetlaniu, jakie zrobiliśmy przy obserwacji przypadków II. serji, zasadniczo są niemal takie same, jakie poczyniliśmy przy obserwacji przypadków serji pierwszej a są one w krótkości następujące:

Ogólne przypadłości występowały stosunkowo bardzo rzadko i to przeważnie u chorych grupy trzeciej i czwartej, a więc w przypadkach zaawansowanych i zaniedbanych, w których nierzadko stan ogólny był tak zły, że trudno było ocenić, czy bóle głowy, nudności, bezsenność i t. p. przypadłości odnieśćby należało do działania promieni *Roentgena* czy też do ogólnego stanu znacznego wycieńczenia. W kilku przypadkach wystąpiło uporczywe uczucie parcia na mocz i na stolec, które zazwyczaj w kilka dni po zaprzestaniu naświetlania ustępowało. Odchodzenie śluzu ze stolcem i biegunka wystąpiły w jednym przypadku.

Działanie promieni na skórę uwydatniało się pojawieniem się plam brunatnych w miejscu naświetlania i to zwykle dopiero po 2—3 tygodniach. Poważniejsze uszkodzenia podobne do zmian po oparzeniu wystąpiły tylko w 2-ch

*) Bliższe szczegóły dotyczące techniki naświetlania podaje kol. Dr. E. *Meiseis* w pracy p. t.: »Jak należy naświetlać nowotwory złośliwe«.

przypadkach i to w jednym przypadku na skórze brzucha i w jednym na sromie. Zmiany te po 3—4 tygodniach zupełnie znikały przy leczeniu, polegającem jedynie na zasypywaniu pudrem.

Zmiany we krwi, jakie spostrzegaliśmy, w ogólnych zarysach przedstawiają się następująco:

Ilość ciałek czerwonych naogół ulegała małym wahaniom i tylko w 2 przypadkach spadła po naświetlaniu o 1 miljon. Oba przypadki były zaniedbane i po naświetlaniu okazywały bardzo małą poprawę.

Co się tyczy ilości ciałek białych, to w przeważnej liczbie przypadków i to wszystkich grup można było stwierdzić po naświetlaniu zwiększenie się ich liczby o 3000 do 5000. W jednym przypadku, w którym nastąpiła znaczna poprawa, zwiększyła się liczba ciałek białych po naświetlaniu o 100% i blisko tydzień utrzymywała się na tej wysokości, poczem zwolna zaczęła się zmniejszać i w 3-cim tygodniu po naświetlaniu opadła do wysokości przed naświetlaniem. W pierwszej serji przypadków zanotowaliśmy kilka takich, w których liczba ciałek białych zwiększała się po naświetlaniu 2 nawet 3-krotnie.

Zawartość *Hb* i *index Hb* ulegały małym wahaniom, w jednych przypadkach wzrastając, w innych zaś malejąc, w granicach mniej więcej o 1—2%.

Leukocyty neutrofilne często zwiększały się o 2—3% i to przeważnie w przypadkach wyleczonych; zwiększanie się to było wybitniejsze w przypadkach gorączkujących.

Ciałka przejściowe i jednojądrzaste nie wykazywały znaczniejszych zmian.

Limfocytoza wystąpiła w 9 przypadkach powyżej 25%, a w jednym powyżej 30%. Ten ostatni przypadek dotyczył chorej III. grupy i chora ta była później operowana.

W wielu przypadkach wyleczonych przeważnie limfocyty malały i to na korzyść leukocytów neutrofilnych.

Eozynofilja stwierdzona została przed naświetlaniem w wysokości do 3% w 13 przypadkach, a w wysokości do 9% w 5-ciu przypadkach; zaś po naświetlaniu w 8 przypadkach w wysokości do 3% a w 3 przypadkach w wysokości do 9%. W 12-tu przypadkach przeważnie gorączkujących opadła eozynofilja po naświetlaniu. W przypadkach zaś okazujących zwiększoną eozynofilję przed naświetlaniem — opadała takowa po naświetlaniu w czasie mniej więcej 5—6 dni, a nieraz nawet zupełnie znikała w tym czasie.

Dr. Emil MEISELS, kier. pracowni roentgen. Lwów.

Jak należy naświetlać nowotwory złośliwe [1]).

Z Kliniki lekarskiej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
(Dyrektor prof. dr. Rencki).

Pan Docent Bocheński przedstawił i omówił wyniki naszych naświetlań roentgenowskich raków macicy. Z kolei pozwolę sobie przedstawić metodę mych naświetlań i zasady, któremi się przy naświetlaniach roentgenowskich tych schorzeń kierowałem.

Sprawa leczenia i sposoby naświetlania nowotworów nie są jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. Przyczyna tego leży przedewszystkiem w braku dokładnej znajomości, jak działają promienie roentgenowskie na komórki tkanek zdrowych i jak na komórki nowotworowe. Jedni (Seitz, Wintz i Hohlfelder) cały problem naświetlania sprowadzają do zagadnienia czysto techniczno-fizycznego i sądzą, że należy w ten sposób naświetlać, by wszystkie komórki danego nowotworu otrzymały pewną dawkę, którą ci autorowie na podstawie swych doświadczeń uznali za dawkę niszczącą komórki nowotworowe i wyraźnie podnoszą, że pomyślny wynik naświetlań zależny jest przedewszystkiem od tego, czy rzeczywiście udało się tę dawkę wszystkim komórkom danego nowotworu zaaplikować. Inni (Holzknecht) na pierwszy plan wysuwają biologiczne własności komórek nowotworowych i wyraźnie podkreślają, że najważniejszym i rozstrzygającym momentem jest przedewszystkiem wrażliwość komórek nowotworowych na promienie roentgenowskie, która to wrażliwość zależna jest od wielu czynników biologicznych a której stopień i nasilenie ulegają w ciągu życia komórki dużym wahaniom. Inni wreszcie (Opitz, Stephan, Fränkel) przenoszą punkt ciężkości działania promieni roentgenowskich z komórek nowotworowych na podłoże nowotworu i na cały organizm i sądzą, że wyleczenie następuje nie wskutek bezpośredniego zniszczenia komórek nowotworowych przez promienie roentgenowskie, lecz przez wzmocnienie podłoża i pobudzenie prawidłowo istniejących w niem sił odpornych do zwalczania nadmiernego bujania jednych warstw. Tkanka łączna, która z nieznanych powodów straciła zdolność przeciwstawiania się i niejako regulowania, rozmnażania się nabłonka, odzyskiwać ma pod wpływem promieni roentgenowskich z powrotem tę własność. Wskutek ogólnych naświetlań całego organizmu lub gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, przysadki mózgowej, śledziony, wzmaga się odporność organizmu przeciw bujaniom nowotworowym. Powstają niejako ciała ochronne pod wpływem naświetlań, które niszczą komórki nowotworowe.

Te trzy teorje i oparte na nich metody naświetlań tak się różnią między sobą i tak się sobie sprzeciwiają, że wprost to, co wedle jednej metody jest uważane za najbardziej wskazane i nieodzownie potrzebne, dla osiągnięcia pomyślnego wyniku, uważa druga metoda za zbyteczne, a nawet za szkodliwe. Pozwolę sobie omówić kliniczne podstawy każdej z tych metod.

Metoda podana przez Seitza i Wintza opiera się na dwóch zasadniczych podstawach; po pierwsze, już dawne kliniczne spostrzeżenia wykazały, że do wyleczenia raków powierzchownych, skórnych potrzebne są duże dawki twardych promieni roentgenowskich, dawki wyraźnie większe od dawek stosowanych przy innych schorzeniach. Przyjmując, że raki narządów leżących w głębi organizmu (czyli raki głębokie) nie są na promienie roentgenowskie bardziej wrażliwe od raków skórnych, powierzchownych, autorowie ci słusznie wnioskowali, że przy tych rakach wyleczenie da się uzyskać także dopiero temi większemi dawkami. Ponieważ pomiary energji roentgenowskiej w głębi wykazały, że przy dawnej aparaturze dostają się tylko drobne ułamki tej energji do głębi ustroju, przeto skonstruowali aparaty dostarczające odpowiednio dużej energji i podali sposoby, jak tę energię rzeczywiście do głębi organizmu doprowadzić można. Problem więc leczenia raków narządów leżących w głębi ustroju sprowadzili do sposobu zaaplikowania na komórki nowotworowe raków głębokich tej samej dawki, którą aplikowano na komórki raków powierzchownych.

Drugą podstawą tej metody leczenia jest przeświadczenie, że naświetlania małemi dawkami wywołują skutek wprost przeciwny, mianowicie pobudzają komórki nowotworowe do szybszego bujania. Autorowie ci przyjmują więc, że promienie roentgenowskie mają dwojakie działanie zależnie od wielkości dawki; w małych dawkach drażnią, w dużych dawkach porażają.

Metodzie tej można zrobić następujące zarzuty. Przedewszystkiem nie można identyfikować dawki rakowej zaaplikowanej na raka powierzchownego z tą samą dawką zaaplikowaną na raka w głębi organizmu, choćby dawki te wyrażone w jednostkach fizykalnych, zupełnie się sobie równały. Naświetlając taką dawką raka powierzchownego, aplikujemy tę nawet wielką dawkę promieni roentgenowskich tylko komórkom nowotworowym i ich najbliższemu otoczeniu. Tę wielką dawkę dostaje więc tylko mała i stosunkowo ograniczona część organizmu. Natomiast, jeżeli udzielimy tę dawkę rakowi narządu głębokiego, to wszystkie inne narządy, które leżą na drodze promieni roentgenowskich, otrzymują również większą lub mniejszą część dawki. Naświetlamy więc obok narządu schorzałego cały szereg narządów zdrowych, naświetlamy wielką ilość naczyń krwionośnych, a to wszystko dla organizmu nie jest obojętnem. To zaś zupełnie odpada przy naświetlaniu raków powierzchownych. A jeśli uprzytomnimy sobie, że wrażliwość tych równocześnie z narządem chorym naświetlanych narządów i tkanek zdrowych jest nieraz większą od wrażliwości komórek rakowych, to nawet,

---

[1]) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem Tow. Lek. lwowskiego dnia 12. IV. 1924 r.

jeśliby tylko rzeczywiście od zastosowania tej dawki rakowej zależało wyleczenie raków, to na jakość ostatecznego wyniku leczenia nie będzie bez wpływu uszkodzenie i zniszczenie narządów zdrowych.

Drugim zarzutem, jaki metodzie tej postawić można, jest generalizowanie dawki. Autorowie tej metody ustanowili dwie dawki; rakową i mięsakową, jako leczącą wszystkie nowotwory. Pominąwszy kwestje: że wogóle podział wszystkich nowotworów na dwie tylko grupy nie zgadza się z zapatrywaniami dzisiejszej anatomji patologicznej, to sprowadzanie całej kwestji leczenia nowotworów bez względu na budowę i funkcję narządu, z którego one wychodzą, do zniszczenia komórek nowotworowych dwoma tylko rodzajami dawek jest bardzo schematycznem ujęciem całej kwestji leczenia nowotworów. Obrazy chorobowe, przebieg i powikłania rakowych schorzeń tak się między sobą różnią, że przy zastosowaniu nawet tego samego środka leczniczego konieczną jest indywidualizacja. Najlepszą odpowiedź na to dały spostrzeżenia kliniczne. Przytoczę tutaj tylko dwa przykłady. Naświetlanie raków macicy, co także i nasze przypadki wykazują, jak to właśnie doc. dr. Bocheński przedstawił, dają dobre wyniki. Naświetlane zaś tak samo raki żołądka nie dają dobrych wyników, a nawet opisano kilka przypadków, w których wskutek rozpadu mas rakowych nastąpiło przebicie żołądka i śmiertelne zapalenie otrzewnej. A więc krótko wyrażając się, wynik leczniczy nie jest tylko wyłącznie funkcją dawki, ale w równej mierze zależy od budowy, położenia i biologicznych własności danego narządu.

Po trzecie, mimo dokładnych i mozolnych prac nie wiemy jeszcze dokładnie, jak się promienie roentgenowskie w organizmie rozprzestrzeniają i jak zostają absorbowane. Pomiary fizykalne różnych autorów różnią się dość znacznie między sobą. Dawka mierzona najściślejszą metodą, jaką dzisiaj rozporządzamy, t. j. metodą jonizacyjną nie idzie równolegle z reakcją biologiczną. A więc stosowanie tych dawek rakowej, czy mięsakowej ściśle wedle przepisu autorów staje się w praktyce już z tego powodu problematycznem, że brak nam, jak już zaznaczyłem, dokładnej metody mierniczej, któraby stwierdziła, czy rzeczywiście tę dawkę zaaplikowano

Drugim dowodem przytaczanym przez Seitza i Wintza na poparcie ich metody jest obawa przed dawką drażniącą. Opierając się na prawie Arndta-Schulzego przyjmują ci autorowie, że promienie roentgenowskie niszcząc i porażając komórki nowotworowe w dużych dawkach, pobudzają je do bujania w dawkach małych. Na dowód tego przytaczają kliniczne spostrzeżenia przypadków, w których po naświetlaniach nastąpił szybszy rozrost nowotworów i wyniki doświadczalnych naświetlań nasion roślinnych, bakteryj i jaj żab i glist. Temu twierdzeniu można zarzucić: przedewszystkiem, jeżeli rzeczywiście występuje pod wpływem promieni roentgenowskich szybszy rozrost, to tem samem nie jest jeszcze stwierdzonem, że nastąpił on wskutek drażniącego wpływu na komórki nowotworowe. Zmiany w wyglądzie czy też w szybkości bujania danego nowotworu świadczą tylko, że na niego promienie roentgenowskie zadziałały, ale nic nie mówią gdzie i w jaki sposób zadziałały. Fizjologja dostarcza nam całego szeregu przykładów, w których podrażnienie było wywołane hamującym wpływem danej podniety w miejscu jej zadziałania i naodwrót porażenie było wywołane przez podniecający wpływ. Motoryczne podniecenie pod wpływem alkoholu nie powstaje przecież wskutek bezpośredniego podrażnienia mięśni, lecz wskutek porażenia ośrodków nerwowych centralnych. Nie znając warunków, od których zależy wzrost nowotworów, nie możemy mówić o drażniącym wpływie naświetlań roentgenowskich na nie.

2) Dowodem, na który powołują się autorowie w swem twierdzeniu o drażniącym wpływie promieni roentgenowskich, mają być ogłoszone przypadki, w których pod wpływem naświetlań małemi dawkami nastąpił szybszy rozrost nowotworów. Ogłoszeń tych jest niewiele a można im przeciwstawić cały szereg przypadków uleczonych właśnie takiemi małemi dawkami. W najnowszem piśmiennictwie pojawiły się na podstawie statystyki uleczeń zdania, że, naogół wziąwszy, ilość pomyślnych wyników w przypadkach naświetlanych dużemi dawkami nie jest stosunkowo większą od ilości pomyślnych wyników uzyskanych małemi dawkami.

3) Następny dowód, który ci autorowie przytaczają są wyniki doświadczalnych naświetlań nasion roślinnych, bakteryj i jaj glist. Rzeczywiście pod wpływem pewnych dawek następował szybszy rozrost. Ale dłuższe spostrzeżenia w takich szybciej rozwiniętych lub też więcej wybujałych roślinach lub glistach wykazały, że osobniki te ujawniają cały szereg cech degeneracyjnych. Ten szybszy i nadmierny rozrost odbywał się kosztem harmonijnego rozwinięcia innych właściwości. Promienie roentgenowskie wywołały w prawidłowym rozwoju zaburzenia, których wynikiem był szybszy rozrost. Siły regulujące równomierny rozwój wszystkich cech właściwych zostały zahamowane i porażone, wskutek czego nastąpiło rozwinięcie tylko w jednym kierunku. To rozwinięcie miało jednak zawsze charakter patologiczny.

Holzknecht był pierwszy, który z całą stanowczością wystąpił przeciwko temu »inżynierskiemu« jak ironicznie nazwał, sposobowi leczenia nowotworów złośliwych. Obliczaniom głębokości położenia danego nowotworu i pomiarom dawek przeciwstawił wrażliwość na promienie roentgenowskie danych nowotworów. Przypomniał cały szereg wyleczeń małemi dawkami, uwarunkowanych właśnie wielką wrażliwością na promienie roentgenowskie. Z drugiej strony zwrócił uwagę na zupełną bezcelowość, a nawet szkodliwość naświetlań wielkiemi dawkami w przypadkach guzów nie wrażliwych na promienie roentgenowskie.

Wskazał dalej na zupełną niewłaściwość stosowania w pewnych schorzeniach większych dawek, jedynie tylko z tego powodu, że wedle obliczeń przy dawnej metodzie tylko minimalna ilość dawki dostawała się do wnętrza guzów, mimo, że wyniki przy dawnej metodzie były zupełnie zadowalające.

Najjaskrawiej wystąpiło to przy naświetlaniu guzów śledziony, przy białaczce. Jest opisanych kilka przypadków w piśmiennictwie, w których występujący po naświetlaniach wielkiemi dawkami gwałtowny rozpad utkania białaczkowego, tak bardzo wrażliwego na promienie roentgenowskie spowodował zejście śmiertelne.

Zamiast więc stosowania schematycznych dawek rakowej, czy mięsakowej, radzi Holzknecht wprzód mniejszemi dawkami popróbować wrażliwość danego nowotworu. Obawy, by temi małemi dawkami nie podrażnić nowotworu, niema, gdyż wszelkie twierdzenia o drażniącym wpływie na komórki nowotworowe małych dawek nie są udowodnione. Zwraca Holzknecht dalej uwagę, że wrażliwość nowotworów waha się. Komórka jest najbardziej wrażliwą podczas dzielenia się, a szczególnie w stadjum płytki równikowej. Stąd wrażliwość na naświetlania komórek, które już we fizjologicznych stanach wykazują najżywsze dzielenie się jak spermatogonje, komórki pęcherzyków Graffa. Ponieważ rozłożonemi naświetleniami można większą ilość komórek trafić w stadjum dzielenia się, przeto takie naświetlania mają lepsze widoki wyników, niż naświetlania jednorazową całą dawką. Uwagi Holzknechta są pod pewnym względem zupełnie słuszne. Jeśli przystępujemy do leczenia roentgenowskiego guza o nieznanej nam dokładnie budowie histologicznej, to o wiele ważniejszem jest dla całego sposobu postępowania i dla ostatecznego wyniku wybadanie wrażliwości jego i jego otoczenia na promienie roentgenowskie, niż dokładne obliczenie w centymetrach położenia jego pod powierzchnią skóry i ustawienie formuły matematycznej, wykazującej, ile promieni roentgenowskich w każdym centymetrze jego przekroju zostanie pochłoniętych.

Pozwolę sobie przypomnieć przypadek niedawno przezemnie tutaj przedstawiony, w którym z powodu głębokości i wielkości guza (chodziło w tym przypadku o przerzut mięsaka limfatycznego wielkości pięści do opłucnej) naświetliłem chorą dość dużą dawką. Dawka ta, była jednak mimo to jeszcze znacznie mniejszą od dawki, którą powinienem był zastosować postępując ściśle wedle metody Seitza i Wintza. Ostateczny wynik naświetlania był wprawdzie pomyślny, guz znikł zupełnie do trzech tygodni, ale chora przez ten cały czas bardzo cierpiała wskutek zbyt nagłego

rozpadu mas nowotworowych (gorączka do 39°, leukopenja 2500 ciałek białych). Ten sam skutek byłbym z pewnością uzyskał naświetlając małemi dawkami, a chorej zaoszczędziłbym tych przykrych dolegliwości. Nie wydaje mi się jednak słusznem żądanie Holzknechta, żeby we wszystkich przypadkach nowotworów, tak oględnie postępować. Wrażliwość raków macicy n. p. jest dość dobrze znaną i nie waha się w wielkich granicach. Sposób wypróbowany u jednej chorej można śmiało zastosować i u innych chorych. Rozdzielanie naświetlań na dłuższy okres czasu i rozdrabnianie dawek, przed czem tak bardzo Seitz i Wintz ostrzegają, nie jest tutaj stosowne. Mając do czynienia z nowotworem i narządami sąsiedniemi, niezbyt wrażliwemi na promienie roentgenowskie można tutaj pokusić się o zniszczenie odrazu promieniami roentgenowskiemi wszystkich komórek rakowych. Jest wielką zasługą Seitza i Wintza, że oni w ten sposób ujęli problem naświetlania raków macicy. W miejsce dawnych rozdrobnionych naświetlań, nie niszczących doszczętnie wszystkich komórek rakowych, dozwalających na rozrost nowotworu pomiędzy poszczególnemi serjami naświetlań, wprowadzili skoncentrowane naświetlania w krótkim przeciągu czasu.

I rzeczywiście wyniki lecznicze ich metody są znacznie lepsze od wyników uzyskanych dawnemi metodami. Tutaj dawka rakowa Seitza i Wintza ma swoje zastosowanie. Ale te lepsze wyniki uwarunkowane są przedewszystkiem biologicznymi warunkami raka macicy. (Rak narządu nieczynnego, znajdującego się w inwolucji, o budowie zawierającej dużo tkanki łącznej, mała stosunkowo wrażliwość otoczenia i t. d.). Uogólnienie jednak tej metody do leczenia raków innych narządów nie dało dobrych wyników, właśnie z powodu braku odpowiednich warunków biologicznych.

Przychodzę teraz do omówienia trzeciej metody leczenia, której najgłówniejszym przedstawicielem jest dzisiaj Opitz. Metoda ta opiera się na zupełnie odmiennych podstawach, niż metody poprzednie. Exner, Fränkel, Opitz przyjmują, że zniszczenie komórek nowotworowych nie wypływa z niszczącego działania promieni roentgenowskich, lecz jest spowodowane uciskiem rozrastającej się pod wpływem naświetlań roentgenowskich tkanki łącznej.

Dlatego też ci wszyscy autorowie radzą stosować małe dawki, mające wywierać drażniący wpływ na rozrost tkanki łącznej. Opitz opiera się na doświadczeniach Koka i Vorländera, którzy wykazali na zaszczepionych rakach mysich że można uzyskać zniszczenie nowotworów przez ogólne naświetlania całej myszy małemi dawkami, nawet wówczas, kiedy samo ognisko nowotworowe było zasłonięte przed działaniem promieni. Te ogólne naświetlania aktywują tkankę łączną, która wrasta w ogniska nowotworowe, rozdziela je na drobne wysepki nowotworowe i przez ucisk powoduje ich zanik. Końcowym wynikiem jest przemienienie się całego ogniska nowotworowego wraz z wrośniętą weń tkanką łączną w typową bliznę. Wedle Koka i Vorländera ten rozrost tkanki łącznej ma występować zanim jeszcze komórki rakowe wykazują zmiany zwyrodnienia. Dopiero po wrośnięciu tkanki łącznej w ognisko nowotworowe występować ma obumarcie komórek rakowych. Te wyniki badań Koka i Vorländera są wprawdzie bardzo interesujące, ale znowu bezpośrednio do ludzkiej patologji nie można ich przenieść. Przedewszystkiem wrażliwość skóry u myszy, co sami ci autorowie wykazali, jest o wiele mniejsza od wrażliwości skóry ludzkiej. Następnie same raki mysie również mało są wrażliwe na promienie roentgenowskie, do zniszczenia ich trzeba znacznie większych dawek od stosowanych przy naświetlaniu raków ludzkich. Wreszcie nie można z całą stanowczością wykluczyć, że rozrost tkanki łącznej następuje wtórnie wskutek bezpośredniego pierwotnego uszkodzenia komórek nowotworowych przez promienie roentgenowskie mimo, że obrazy histologiczne przedstawione przez tych autorów przemawiają przeciwko temu. Pewne drobne zaburzenia, czy to w przemianie materji komórek nowotworowych, czy to w ich strukturze nie uwidoczniające się jeszcze pod mikroskopem, mogą stanowić najwcześniej powstające zmiany pod wpływem naświetlań, i dopiero wtórnie pobudzać tkankę łączną do bujania. To tłumaczenie jest bardziej prawdopodobne, gdyż bardziej zgadza się z pierwotną właściwością promieni roentgenowskich działania na komórki i tkanki przedewszystkiem niszcząco. Naświetlania zaś ogólne całego organizmu ludzkiego nawet słabemi dawkami, nie są znowu tak nieszkodliwe. Uszkodzenia składu krwi i gruczołów o wewnętrznem i zewnętrznem wydzielaniu, które po takich naświetleniach wystąpią, mogą w znacznym stopniu osłabić cały organizm.

Na zakończenie pozwolę sobie w krótkich słowach przedstawić moją technikę naświetlań raka macicy. Naturalnie przedstawię tutaj tylko ogólny schemat tej techniki, gdyż zależnie od obrazu chorobowego, stanu ogólnego i t. d. technika ulega pewnym większym i mniejszym zmianom. Naogół trzymam się przy naświetlaniach raka macicy metody Seitza i Wintza. Ale wprowadziłem tu w niej pewne zmiany. Przedewszystkiem przekonałem się, że stosowanie wszystkich naświetlań w ciągu jednego posiedzenia nie jest tak nieodzownie konieczne, jak to ci autorowie podkreślają, Rozdzielenie naświetlań na kilka dni (do tygodnia) daje równie dobre wyniki, a osiągamy przez to mniejsze wyczerpanie i znużenie chorej, co stanowczo na korzyść tej modyfikacji zapisać należy. Przykre dolegliwości po naświetlaniach (wymioty, silne bóle głowy, brak łaknienia) występowały tylko w małej liczbie u moich chorych i to w słabym stopniu. Co do wysokości dawek, to stosuję dawki nieco mniejsze, niż polecane przez autorów, gdyż staram się możliwie w najmniejszym stopniu uszkodzić skórę. Większe uszkodzenia skóry wpływają bardzo niekorzystnie na przebieg choroby. Ważniejszem od zaaplikowania pełnej dawki jest dokładne skierowanie pęku promieni na ognisko nowotworowe. Do tego nie wystarcza nastawianie rur roentgenowskich wedle schematycznych rysunków Seitza i Wintza, należy centrować albo z modelem miednicy w ręku, albo co jest najwłaściwsze i jak ja postępuję, podczas wewnętrznego badania. Ilość pól naświetlań powiększyłem z 7 do 10-iu, zyskałem przez to dokładniejsze naświetlenie całej miednicy małej. Przymacicza naświetlam nie wedle polecenia autorów po 6-iu ewentualnie po 8-iu tygodniach, lecz najwcześniej po 3-ch miesiącach, gdyż uważam, że jest to minimum czasu potrzebnego dla regeneracji skóry.

Kwestja wartości i wogóle znaczenia naświetlań roentgenowskich w leczeniu nowotworów stała się obecnie tematem bardzo ożywionych rozpraw. Jest to zrozumiałem, gdyż obecnie zakończyliśmy jeden okres tej sprawy, a mianowicie okres zmagania się z trudnościami technicznemi. Aparaty zostały udoskonalone do tego stopnia, że z łatwością możemy z nich wydostać każdą potrzebną nam energję roentgenowską. Pora więc zdać sobie sprawę, czy i o ile w lecznictwie nowotworów uzyskaliśmy lepsze wyniki.

A właśnie w tej sprawie zdania są bardzo rozbieżne. Bez wątpienia promienie roentgenowskie nie są uniwersalnym środkiem, leczącym chorobę raka. Gdy rozpoczynano naświetlania roentgenowskie raków, uważano wszystkie raki i mięsaki za jednakie schorzenie, na które chciano tym samym środkiem leczniczym zadziałać. W praktyce jednak okazało się, że te najrozmaiciej przebiegające i wyglądające schorzenia rozmaicie także reagują na promienie roentgenowskie. Dlatego też dzisiaj musimy ograniczyć zakres leczenia do pewnych rodzajów i postaci raka. Do nich należą przedewszystkiem raki macicy. Przypadki nasze, pierwsza statystyka tego rodzaju w Polsce, które omówił doc. dr. Bocheński wyraźnie to objaśniają. Naturalnie nie możemy wysnuwać zbyt daleko idących wniosków z naszych przypadków, gdyż za krótki jeszcze czas naszej obserwacji (najdłuższy czas obserwacji wynosi 2.5 lat). Ale jedno chciałbym tu podnieść, że większość naszych przypadków stanowiły przypadki nie nadające się do operacji lub zaniedbane, i że właśnie wśród nich uzyskaliśmy bądźto znaczne poprawy, bądźto nawet czasowe kompletne wyleczenia.

W tem leży mojem zdaniem najważniejszy niezaprzeczenie postęp w lecznictwie nowotworów przez zastosowanie promieni roentgenowskich, że rozszerzyły zakres leczenia nowotworów także i na nowotwory nie nadające się do operacji, na które nie znaliśmy dotychczas właściwie żadnego środka leczniczego.

Dr. A. ŁAWRYNOWICZ, asystent Zakładu bakterjologicznego uniwersytetu Poznańskiego i

Dr. M. TUSZYŃSKI, kierownik oddziału chorób wewnętrzn. Szpitala Obuchowskiego.

Odczyn Wassermanna w zastosowaniu szpitalnem. (Doświadczenie z 5000 badań).

(Z pracowni Szpitala Obuchowskiego w Petersburgu).

Dokończenie.

Tab. IV. wykazuje wybitne znaczenie, jakie ma przymiot w rozmaitych sprawach chorobowych górnego odcinka dróg oddechowych i jamy nosowo-gardłowej. Na ogólną liczbę 206 badanych przypadków dodatni odczyn otrzymaliśmy w 120 t. j. 59,7%. Zwłaszcza sprawy wrzodziejące nosa i gardła (bo aż w 67% spostrzeganych przypadków) związane są przyczynowo z przymiotem. Co się zaś tyczy zwężeń krtani, to te bardzo często występowały ostro i zazwyczaj bardzo szybko, a niekiedy nawet natychmiast ustępowały po zastosowaniu leczenia swoistego (Salwarsan lub Neosalwarsan). Tę okoliczność zaznaczamy z tego punktu widzenia, że ma ona znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu tej groźnej postaci chorobowej.

TABELA IV. Sprawy chorobowe krtani, jamy nosowogardłowej i jamy ustnej.

	Przypadków	−	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Stenos. laryng. luetic.	38	1	—	2	2	33	37	—
Stenos. tracheae luet.	1	—	—	—	—	1	1	—
Laryngitis luet.	29	2	—	4	6	17	27	—
Tuberculosis laryngis	30	30	—	—	—	—	—	—
Cancer laryngis	14	14	—	—	—	—	—	—
Sarcoma laryng.	1	1	—	—	—	—	—	—
Scleroma laryng.	1	1	—	—	—	—	—	—
Perichondrit. laryngis	2	2	—	—	—	—	—	—
Blizny po oparzeniach	1	1	—	—	—	—	—	—
Sprawy wrzodziejące nosa i gardła	82	25	2	3	7	45	55	67
Sarcoma palat. moll.	1	1	—	—	—	—	—	—
Rhinoscleroma	3	3	—	—	—	—	—	—
Ozaena	3	—	1	—	—	2	2	—
Razem .	206	81	3	10	15	98	123	59,7

W jednym przypadku przymiotowego zwężenia krtani o odczynie ujemnym chodziło o osobnika, który po zakażeniu przymiotowem starannie kilkakroć przebywał leczenie rtęciowe. To samo dotyczy 2 przyp. laryng. luet. z odczynem ujemnym. Trzy przypadki ozeny dały odczyn dodatni.

Tabl. IV. cyfrowo dowodzi, jak często w dziedzinie ryno-laryngologji mamy do czynienia z rozmaitemi sprawami chorobowemi natury przymiotowej.

Względnie nieliczny materjał dotyczący chorób nerek (tabl. V.) nie daje możności uogólniania wyników, jednakże wykazuje odczyn dodatni u trzeciej części przypadków badanych. Podany w tablicy jeden przypadek zwyrodnienia skrobiowatego był u chorego, który przed 8-miu laty przebył przymiot i nie posiadał żadnych spraw ropnych natury przewlekłej.

W szeregu spraw chorobowych narządów wewnętrznych, umieszczonych na tablicy VI., chcemy zazna-

TABELA VI.

	Przypadek	−	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Ulcus ventriculi	6	4	—	1	1	—	2	—
Lues ventriculi	2	—	—	—	1	1	2	—
Achylia gastrica	1	1	—	—	—	—	—	—
Proctit. ulcer. et strict. recti	4	1	1	1	1	—	2	—
Diabet. mellit.	16	13	—	1	2	—	3	19
Diabet. insipidus	6	5	—	—	—	1	1	—
Acromegalia	3	2	—	—	—	1	1	—
Morb. Basedowi	1	1	—	—	—	—	—	—
Myxoedema	2	2	—	—	—	—	—	—
Struma	3	3	—	—	—	—	—	—
Spondylose rhisomelique Pierre-Marie	1	1	—	—	—	—	—	—
Anaemia	5	5	—	—	—	—	—	—
Anaemia pernic.	3	3	—	—	—	—	—	—
Haemophilia	1	1	—	—	—	—	—	—
Leucaemia myelog.	2	1	—	1	—	—	1	—
Leucaemia lymphat.	1	1	—	—	—	—	—	—
Pseudoleucaemia	2	2	—	—	—	—	—	—
Morb. Banti	3	2	—	1	—	—	1	—
Lues lienis	1	—	—	—	1	—	1	—
Haemoglobin. paroxysm.	1	—	—	—	—	1	1	—
Scorbutus	20	17	1	1	1	—	2	—
Saturnismus	19	18	1	—	—	—	—	—
Zatrucie rtęciowe	1	1	—	—	—	—	—	—
Erythema exsudativum multiforme	1	—	—	1	—	—	1	—
Sclerodermia	2	2	—	—	—	—	—	—
Erythromelalgja	1	1	—	—	—	—	—	—
Psoriasis	1	1	—	—	—	—	—	—
Razem .	109	88	3	7	7	4	18	—

TABELA V. Choroby nerek.

	Przypadków	−	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Nephritis interst.	12	9	—	1	1	1	3	—
Nephrit. parench. ac. et chr.	14	7	—	2	—	5	7	—
Nephritis (bez ściślejszego określenia)	7	6	—	1	—	—	1	—
Amyloid. renum et hepat.	1	—	—	—	—	1	1	—
Razem .	34	22	—	4	1	7	12	33

czyć kilka szczegółów. Z 6 przyp. wrzodów żołądka w 2 mieliśmy odczyn dodatni, co umożliwia podejrzenie przymiotu jako czynnika bądź przyczynowego, bądź usposabiającego w pewnym odsetku spraw wrzodziejących żołądka; sprawy wrzodziejące prostnicy w 3 przyp. na 4 dały odczyn dodatni. Należy zaznaczyć, że moczówka cukrowa w 3 przypadkach na 16 dała odczyn dodatni, zaś moczówka prosta w 1 przypadku na 6. Przypadki zatrucia ołowiem stale dawały odczyn ujemny.

Znaczna liczba zbadanych surowic, pochodzących od chorych na o s t r e, bądź p r z e w l e k ł e s p r a w y z a k a ź n e, jakoto dur powrotny (6 przyp.), dur brzuszny (14 przyp.), zapal. płuc włóknikowe (5 przyp.), zapal. opłucnej wysiękowe (5 przyp.), sprawy posocznicze (3 przyp.), cholera (3 przyp.), gruźlica (płuc, otrzewnej, opon mózgowych i stawów oraz prosówkowa — razem 116 przyp.) zwykle dawała odczyn ujemny. Należy jednak zastrzec, że niekiedy d u r p o w r o t n y i z i m n i c a w okresie napięcia objawów chorobowych (przy podniesionej ciepłocie), jakeśmy to sami spostrzegali okresowo, mogą dawać odczyn dodatni, ustępujący w dalszym ciągu i niekiedy znów występujący w tych samych warunkach. Nie rozporządzając w chwili obecnej znaczniejszym, systematycznie opracowanym materjałem, fakt ten jednakże podkreślamy, gdyż nie jest on pozbawiony pewnego znaczenia praktycznego.

TABELA VII.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	% odczynów dodatnich
Osteomyelitis	92	58	2	6	8	18	34	37
Periostitis	56	25	—	2	5	24	31	55
Ulcera cruris	97	49	4	7	4	37	48	50
Endart. oblit. i zgorzele całkowite lub częśc. kończ.	16	12	1	—	1	2	3	—
Thrombophlebitis	2	2	—	—	—	—	—	—
Bubones strumos.	10	5	—	2	2	1	5	—
Epididymitis orchitis	33	22	—	1	5	5	11	33
Prostatitis	2	1	—	—	—	1	1	—

Tabl. VII. zawierająca m a t e r j a ł c h i r u r g i c z n y i u r o l o g i c z n y świadczy o doniosłem znaczeniu odczynu Wassermanna w pewnych sprawach chorobowych. Tak, na 92 badane przypadki zapalenia szpiku kostnego w 34 (t. j. 37%), oraz na 56 przyp. zapalenia okostnej w 31 przyp. (t. j. 55%) spostrzegaliśmy odczyn dodatni. Bardzo znaczny odsetek odczynów dodatnich — 50% dały sprawy wrzodziejące goleni. Charakterystyczną cechą przymiotu chirurgicznego jest to, że daje on (jak to wykazuje tablica) najczęściej bardzo wyraźnie zaznaczony odczyn dodatni (++ lub +++). Takie przewlekłe sprawy, stanowiące często plagę oddziałów chirurgicznych, jak zapal. szpiku kostnego, zapalenie okostnej oraz sprawy wrzodziejące goleni, o ile zostaje ustalona ich natura przymiotowa, zazwyczaj bardzo szybko i niekiedy ostatecznie ustępują po zastosowaniu leczenia swoistego. Z tego więc punktu widzenia systematyczne badanie takich przypadków sposobem Wassermanna może zaoszczędzić dużo pracy i wydatków w warunkach pracy szpitalnej.

Sprawy zgorzelinowe kończyn w wyniku endarteriitis obliterans na 16 badanych przypadków w 3 dały odczyn dodatni, w jednym wątpliwy (wszyscy chorzy przebyli przymiot). Pięciu chorych z bubo strumos. z odczynem dodatnim, przebyło przymiot.

W dziedzinie u r o l o g j i należy zaznaczyć wysoki odsetek odczynów dodatnich w przypadkach zapalenia jądra

TABELA VIII.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	Przymiot przebyty	Przymiot zaprzecz.
Atrophia n. optici	10	6	—	1	1	2	4	5	5
Chorea	7	5	1	1	—	—	1	1	6
Dystroph. musc. progr.	8	4	1	—	1	2	3	4	4
Encephal. chr. alcoh.	8	7	—	1	—	—	1	2	6
Epilepsia	45	35	2	1	4	3	8	7	38
Epilepsia Jacksoni	2	1	—	—	—	1	1	1	1
Hysteroepilepsia	6	6	—	—	—	—	—	1	5
Haemotomyelia cervic.	2	2	—	—	—	—	—	1	1
Laesio caud. equinae	3	3	—	—	—	—	—	1	2
Meningitis cerebrosp.	4	4	—	—	—	—	—	—	4
Morb. Friedreichi	4	3	—	—	1	—	1	1	3
M. Little	2	2	—	—	—	—	—	1	1
M. Pierre Marie	3	3	—	—	—	—	—	—	3
Neurasthenia	20	16	2	1	—	1	2	5	15
Neuralg. n. trigemini	2	1	—	1	—	—	1	1	1
Neurit n. intercost.	2	2	—	—	—	—	—	—	2
Neurit n. ischiad.	25	19	1	2	2	1	5	6	19
« « occip. magni	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Neurit n. optici	4	2	—	—	—	2	2	3	1
« « peronei	2	1	—	—	1	—	1	1	1
« « radial. et ulnar.	8	6	—	—	—	2	2	2	6
Neurit. plex. lumbosacral.	5	3	—	1	—	1	2	2	3
Neurit. retrobulbaris	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Neuroretinitis utriusque	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Neurosis traumatica	12	11	—	—	1	—	1	2	10
Paralysis agitans	5	5	—	—	—	—	—	—	5
Paral. Brown-Séquard	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Paral. bulbaris	2	2	—	—	—	—	—	—	2
« n. facialis	8	6	—	—	—	2	2	2	6
Pares. n. abducentis	1	—	—	1	—	—	1	1	—
Poliomyelitis ac.	3	3	—	—	—	—	—	—	3
Polyneuritis	36	33	—	1	1	1	3	7	29
Sclerosis cerebri	5	5	—	—	—	—	—	1	4
« disseminata	24	22	—	—	2	—	2	2	22

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	Przymiot przebyty	Przymiot zaprzecz.
Sclerosis lateral. amyotroph.	5	5	—	—	—	—	—	1	4
Spondylitis	2	2	—	—	—	—	—	—	2
Syringomyelia	6	5	—	—	—	1	1	1	5
Tetania	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Tumor cerebri et cerebelli	35	34	—	1	—	—	1	—	35
Razem .	321	269	7	12	14	19	45	62	259

i przyjądrza (33%). Fakt ten z punku widzenia klinicznego ma to znaczenie, że w poszczególnych przypadkach objawy chorobowe o tyle odpowiadają objawom zapalenia gruźliczego, że nawet doświadczeni urolodzy bez badania serologicznego nie posiadają wystarczających punktów oparcia w rozpoznawaniu różniczkowem. W takich przypadkach rzekomych spraw gruźliczych leczenie swoiste szybko usuwa wszelkie objawy chorobowe.

Liczny materjał, dotyczący chorób układu nerwowego, dla bardziej wyraźnego przedstawienia sprawy dzielimy na 3 części: 1) sprawy chorobowe, etjologicznie z przymiotem nie związane, 2) sprawy chorobowe w których przymiot ma pewne znaczenie przyczynowe (jakoto porażenia połowicze, zapal. rdzenia i t. d. i 3) sprawy chorobowe natury przymiotowej — wiąd rdzenia oraz porażenie postępujące.

Nie analizując szczegółowo tabl. VIII. zaznaczamy tylko, że na liczbę ogólną 321 badanych przypadków odczyny dodatnie stanowią 14%.

TABELA IX.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	Przymiot przebyty	Przymiot zaprzecz.	% odczynów dodatnich
Hemiplegiae	256	166	7	19	20	44	83	72	184	32,4
Paral. pseudobulb.	4	3	—	1	—	—	1	1	1	—
Meningitis spinalis	16	7	—	2	4	3	9	8	8	—
Meningomyelitis	11	7	—	1	2	1	4	5	6	—
Myelitis	143	68	6	22	18	29	69	64	79	48,8
Lues cerebrospinalis	86	30	4	6	21	25	52	61	25	—
Lues cerebri	26	1	1	7	4	13	24	26	—	—
Gumma cerebri	2	—	—	—	—	2	2	2	—	—
Razem .	544	282	18	58	69	117	244	239	305	44,8

W tablicy IX. na ogólną liczbę 256 badanych przypadków porażenia połowiczego w 32,4% odczyn wypadł dodatnio. Rozpatrując dokładniej ten materjał, mieliśmy możność ustalenia faktu, że olbrzymia część odczynów dodatnich, bo 75%, przypada na chorych w wieku do 40 roku życia, gdy jednocześnie 68% ogólnej liczby przypadków z odczynem ujemnym należy do chorych w wieku powyżej 40 lat. W ten sposób odczyn Wassermanna dobitnie wykazuje różną przeważającą naturę porażeń połowiczych w różnym wieku; sprawy natury przymiotowej właściwe są bardziej młodemu wiekowi, natomiast starcze porażenia połowicze powstają bez udziału przymiotu, jako wynik stwardnienia naczyń.

Zatrzymuje naszą uwagę także wysoki odsetek odczynów dodatnich (42,8%) w zapaleniach rdzenia. Podkreślamy tę liczbę ze względu na to, że w przypadkach przymiotowego zapalenia rdzenia, często przebiegającego bardzo ostro, rozpoznanie przyczynowe, w porę ustalone drogą serologicznego badania, może skierować na należyte tory zabieg leczniczy.

TABELA X.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich	Przymiot przebyty	Przymiot zaprzecz.
Tabes dorsalis	235	59	12	40	51	73	176	216	29
Paralysis progressiva	55	1	—	7	9	38	54	55	—

Nie podając szczegółowemu rozbiorowi przymiotowych spraw układu nerwowego (tabl. X.) winniśmy jednakże zaznaczyć, że odczyn ujemny, bądź niewyraźny, spostrzegaliśmy najczęściej w przypadkach leczonych bardziej starannie. Mieliśmy jednakże przypadki, w których, jakkolwiek przymiotu nie leczono wcale, wypadał odczyn ujemnie. Spostrzeżenia tego rodzaju nie mogą jednak nawet w stopniu najmniejszym zachwiać ani przymiotowej natury wiądu rdzenia oraz porażenia postępującego, ani swoistości odczynu Wassermanna dla spraw przymiotowych, gdyż obecnie na odczyn ten zapatrujemy się jako na jeden z bardzo stałych objawów przymiotu, którego jednakże w przypadkach poszczególnych może nie być.

Kończąc rozpatrywanie naszego materjału chcemy jeszcze zatrzymać się nad sprawą obecności dodatniego odczynu Wassermanna w innych, poza przymiotem, sprawach chorobowych. Wyżej już zaznaczyliśmy, że w pewnych sprawach zakaźnych natury pierwotniakowej, jako to durze powrotnym i zimnicy odczyn dodatni może wypadać okresowo przy pewnych okolicznościach. Na tem miejscu chcemy na podstawie materjału naszego rozejrzeć się w sprawie obecności dodatniego odczynu w przypadkach nowotworów złośliwych (rak, mięsak), (tabl. XI.).

TABELA XI.

	Przypadków	—	±	+	++	+++	Razem dodatnich
Cancer hepatis	20	19	—	—	—	1	1
Cancer przewod. żółciowych	1	1	—	—	—	—	—
Cancer linguae	14	13	1	—	—	—	—
« labiorum	23	21	—	1	1	—	2
« oesophagi	44	38	3	—	—	3	3
« ventriculi	25	24	—	—	—	1	1
« recti	11	9	—	—	1	1	2
« laryngis	14	14	—	—	—	—	—
« uteri	2	1	—	1	—	—	1
« pulmonum	2	2	—	—	—	—	—
Cancer mammae	2	2	—	—	—	—	—
« tonsillae	1	1	—	—	—	—	—
Razem .	119	106	4	2	2	6	10
Sarcoma	20	17	—	1	—	2	3

Na 119 badanych surowic od chorych rakowatych odczyn dodatni wypadł 10 razy, z tego u 8 chorych, którzy przebyli przemiot, zaś co się tyczy przypadku raka wątroby z wyraźnym odczynem dodatnim (+++), to pomimo stanowczego przeczenia ze strony chorego, jednakże wywiady

wzbudzały pewne wątpliwości; nareszcie w jednym przyp. raka z wynikiem odczynu+ nie było żadnych danych co do przymiotu. Z 20 przyp. mięsaka dodatni odczyn wypadł 3 razy, z tego w 2 chorzy przebyli przymiot, zaś w jednym (sarcoma mediastini) odczyn wypadł słabo (+).

W ten sposób stwierdzamy, że w nowotworach złośliwych na 139 przyp. odczyn Wassermanna tylko w 2 przyp. (+++ i +) spostrzegano przy braku wiadomości co do przebycia przymiotu, a więc nowotwory złośliwe nie mogą być uważane za sprawy chorobowe, w których odczyn Wassermanna może wypadać nieswoiście.

Nasze doświadczenie nie wykazało żadnych stałych przyczyn, które mogłyby, poza przymiotem, powodować odczyn dodatni.

Nie powtarzając wniosków poszczególnych, które w toku przedstawienia sprawy zaznaczyliśmy, powinniśmy podnieść na podstawie podanego wyżej materjału olbrzymie znaczenie praktyczne odczynu Wassermanna poza granicami działu chorób skórnych i wenerycznych. Aby tem bardziej znaczenie praktyczne odczynu podnieść, wskażemy, że tylko w 33,5% dodatnich odczynów Wassermanna mieliśmy dodatnie dane anamnestyczne w sprawie przebytego przymiotu. W 76,5% spostrzeżeń chorzy przebyciu przymiotu zaprzeczali i to najczęściej nie przez świadomą niechęć przyznania się, lecz z racji niskiego poziomu inteligencji.

Na podstawie całego przytoczonego materjału stawiamy jeden wniosek zasadniczy: b a d a n i e o d c z y n u W a s s e r m a n n a u c h o r y c h w i n n o b y ć o b o w ą z u j ą c e n a r ó w n i z b a d a n i e m m o c z u, p l w o c i n y i i n n y c h w y d z i e l i n *).

*) Praca niniejsza, ukończona w r. 1918 dopiero teraz może być ogłoszona. Wnioski dotyczące metodyki odczynu Wassermanna oparte są na doświadczeniu zdobytem w okresie czasu r. 1912—1918.

Z praktyki.

Dr. Stanisław LASKOWNICKI, asyst. kliniki. Lwów.

Rzadki przypadek uwięzgniętej przepukliny pecherzowej udowej (Hernia vesicalis femoralis paraperitonealis incarcerata).

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. Kazimierza.
Dyr: prof. dr H. S c h r a m m.

Przepukliny pęcherzowe były dawniej uważane za schorzenie bardzo rzadkie. Obecnie posiada piśmiennictwo dość dużą ilość prac o tym przedmiocie. Brunner, Martin, Eggenberger i Finsterer zebrali razem około 200 opisanych przypadków. E g g e n b e r g e r porównawszy statystyki 25-iu różnych autorów podaje, że na 6778 operowanych przepuklin zdarzyło się 75 przypadków przepuklin pęcherzowych. Wielka część jednak przepuklin, opisanych jako przepukliny pęcherzowe zdaniem E g g e n b e r g e r a i F i n s t e r e r a są to przepukliny pęcherzowe, powstałe dopiero podczas operacji. Zdarza się bowiem, że przez silne pociągnięcie worka przepuklinowego ku górze celem podwiązania go u podstawy pociąga się za pośrednictwem otrzewnej ściennej i część pęcherza moczowego, która wydobywa się przez wrota przepuklinowe na zewnątrz. B r u n n e r spostrzegał na 775 operowanych przepuklin pachwinowych 44 przypadki przepuklin pęcherzowych, z tego jednak tylko 4 przypadki określa mianem właściwych przepuklin pęcherzowych, istniejących już przed operacją. To też F i n s t e r e r radzi zwracać szczególnie uwagę na dokładne oczyszczenie worka zwłaszcza po stronie dośrodkowej, gdyż łatwo się może zdarzyć, że przy zamykaniu szyji worka wewnętrznym szwem kapciuchowym, jaki się zwykle w przypadkach ze szeroką bramą przepuklinową zakłada, uchwyconą może zostać szwem ściana pęcherza.

Ogólny podział przepuklin pęcherzowych przez J a b o u l a y 'a i V i l l a r d a na przepukliny zaotrzewnowe, przyotrzewnowe i śródotrzewnowe utrzymał się do dziś dnia. Rozróżniamy więc przepukliny pęcherzowe zewnątrz otrzewnowe (*herniae extraperitoneales*) gdzie przez bramę przepuklinową wydobywa się pęcherz i nie jest pokryty w żadnem miejscu otrzewną, przepukliny przyotrzewnowe (*h. paraperitoneales*), gdzie obok części pęcherza znajduje się i worek przepuklinowy, wreszcie przepukliny śródotrzewnowe (*h. intraperioneales*) — w których to przypadkach przez bramę przepuklinową wydobywa się nie boczna ściana pęcherza, lecz pokryty otrzewną jego szczyt i tworzy część zawartości worka przepuklinowego.

Ze względu na bramę przepuklinową, przez którą pęcherz opuszcza jamę brzuszną dzielimy przepukliny pęcherzowe (wedle ich częstości) na przepukliny pachwinowe, udowe, pachwinowe proste, przepukliny linji białej, przepukliny pęcherzowe międzykrocza, otworu zasłonowego a nawet otworu kulszowego (*for. ischiadicum*). Ostatnio opisał G i r o n c o l i przypadek przepukliny, przy której pęcherz wydostawał się z jamy brzusznej przez otwór w mięśniu prostym brzucha.

O wiele większą rzadkością jest przepuklina pęcherzowa uwięzgnięta; opisanych jest dotychczas 24 takich przypadków, z tego 16 przypadków uwięzgniętych przepuklin pęcherzowo-pachwinowych, 7 zaś tylko udowych. Wobec tego sądzę, że mój przypadek jako ósmy*) z rzędu w piśmiennictwie zasługuje na opisanie.

10 lutego 1923 została z kliniki wewnętrznej przeniesiona na naszą klinikę chora Michalina K., lat 66, z rozpoznaniem: uwięzgnięta przepuklina udowa Chora ta, przebywająca na klinice wewnętrznej z rozpoznaniem: *myelosis in individuo artherioslerotico* podaje co następuje: Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie żadnych chorób nie przebywała. Zawsze była zdrowa przez całe życie, jedynie przed 10-iu laty przebywała tyfus Nie rodziła, ani nie roniła.

W grudniu 1921 zachorowała nagle bez wiadomej przyczyny, wśród dreszczów i potów z uczuciem silnego bólu w jamie brzusznej o charakterze silnych kurczów i trwałem wzdęciem brzucha, które wzmagało się po przyjęciu pokarmów. Chora zgłosiła się na oddział chirurgiczny szpitala powszechnego i poddała się operacji. Rozpoznanie oddziału chirurgicznego szpitala udzielone nam na nasze zapytanie brzmi: *Atheromatosis aortae, tumor coli descend.? Lapparotomia explorativa. Tumor lienis;* operowana 2. I, 1922. Po operacji nastąpiło polepszenie. Z końcem stycznia 1922. zauważyła chora w okolicy pachwinowej prawej guz, wypuklający się przy kaszlu. W styczniu 1923. chora upadła na brzuch, wskutek czego wystąpiło pogorszenie. W połowie stycznia zgłosiła się do kliniki wewnętrznej. Stolec stale zaparty, mocz oddaje w mniejszych ilościach niż dawniej, z pewną trudnością. 10. lutego w nocy wśród nagłych bólów wystąpił w okolicy pachwinowej guz wielkości pięści. Po ucisku wywartym przez chorą na guz zmniejszył się do wielkości jaja kurzego i znacznie zmiękł. Wkrótce potem pojawiły się kurczowe bóle w całym brzuchu i kilkakrotne wodniste wymioty. Po zastosowaniu lewatywy kilkakrotne wypróżnienie. Rano język podsychający, brzuch lekko wzdęty, niebolesny. Ruchów nieprawidłowych ani stawiania się pętli jelitowych nie stwierdzono. Chora zostaje o godz. 11-ej przed południem przeniesiona na klinikę chirurgiczną.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Ciepłota prawidłowa. Tętno 100, miernie napięte. Język podsychający. W płucach i sercu poważniejszych zmian chorobowych nie znajduje się. Brzuch lekko wzdęty; w okolicy zewnętrznego brzegu mięśnia prostego lewego w górnej części brzucha blizna pooperacyjna. Wątroba o powierzchni gładkiej miernie twarda, na ucisk nie bolesna sięga przy opukiwaniu w linji sutkowej do wysokości pępka. Śledziona silnie powiększona sięga ku dołowi poniżej pępka, nie dochodzi na palec do linji środkowej, konsystencji miernie twardej, o powierzchni gładkiej, na ucisk nieco bolesna.

W okolicy pachwinowej prawej, poniżej więzadła pachwinowego guz wielkości kurzego jaja, konsystencji elastycznej, nieco bolesny na ucisk, nie dający się odprowadzić do jamy brzusznej.

Wypuk nad guzem stłumiony, wyraźne chełbotanie.

W moczu składników patologicznych nie wykazano.

Badanie krwi wykonane przed trzema dniami na klinice lekarskiej wykazuje: Ilość ciałek białych 27.000, ilość ciałek czerwonych 3,600,000.

Do operacji przystąpiono z rozpoznaniem przepuklina

*) 6 zebrali M a r t i n i F i n s t e r e r, 7. opisał T s a k o p o u l a s.

sieciowa lub ścienna (h. Littriana) uwięźnięta z dużym przesiękiem do worka przepuklinowego.

W znieczuleniu lędźwiowo krzyżowem cięciem długości 8-iu cm, biegnącem tuż poniżej i równolegle do więzadła pachwinowego odsłonięto miejsce uwięźnięcia. Wypuklający się i chełboczący twór, wyglądający na worek przepuklinowy nacięto w celu przekonania się o jego zawartości. Z worka wytrysnął jasno żółty płyn, worek pozatem pusty. W przypuszczeniu, że jest to torbiel, jakie się w otoczeniu worka przepukliny udowej często znajduje, rozpoczęto poszukiwania za właściwym workiem. I rzeczywiście tuż obok na zewnątrz znaleziono niewielki, nie zawierający żadnej treści woreczek przepuklinowy, który podwiązano i odcięto. Przy ponownem dokładnem obejrzeniu owej naciętej «torbieli« okazuje się, że mamy do czynienia ze ścianą pęcherza moczowego, nieco ścieńczałą, o mało wyraźnym rysunku błony śluzowej. Palec włożony do wewnątrz przechodzi z trudnością przez wąski otwór w głębi i wchodzi dośrodkowo i w kierunku za spojenie łonowe. Ranę w pęcherzu zeszyto szwem dwupiętrowym węzełkowym (Katgut) i po nacięciu więzadła Gimbernata z pewnemi trudnościami odprowadzono uwięźniętą część pęcherza na swoje miejsce. Bramę przepuklinową zamknięto przyszywając mięsień łonowy (*m. pectineus)* do więzadła pachwinowego. Skórę zeszyto na głucho, opatrunek bezgnilny. Założono cewnik stały.

Przebieg bezgorączkowy. Mocz przez dwa dni krwawy. Cewnik usunięto w trzecim dniu po zabiegu. W 8-ym dniu po operacji z głębi rany pooperacyjnej między szwami wydobywa się gęsta, żółta ropa. Ranę skórną otworzono, wydzielanie trwało jeszcze dwa tygodnie, poczem rana zgoiła się.

Badanie cystoskopem wykonane w 3 tygodnie po operacji wykazuje obrzęk i lekkie zaczerwienienie błony śluzowej (*cystitis*), nieliczne podbiegnięcia krwawe zwłaszcza po stronie prawej pęcherza i obecność strzępu martwiczego wielkości orzecha laskowego po stronie prawej (w miejscu założenia szwu pęcherzowego) sterczącego do światła pęcherza.

Mocz mętny zawiera wielką ilość ciałek wypocinowych, krwinek i złuszczony przybłonek pęcherza moczowego. Zapalenie pęcherza ustępuje szybko po zastosowaniu płukań roztworem azotanu srebra $1^0/_{00}$ dwa razy dziennie. Chora opuszcza klinikę w 5 tygodni po operacji.

Mieliśmy tu do czynienia z przepukliną pęcherzową, uwięźniętą w bramie przepukliny udowej. Rozpoznanie przedoperacyjne było fałszywe — a to z dwu powodów. Przedewszystkiem chora nie wspomniała mi o objawach ze strony pęcherza; dopiero w czasie operacji, gdy już rozpoznaliśmy nacięcie pęcherza i zapytaliśmy chorą czy nie miała jakichś objawów ze strony pęcherza — podała nam, że gdy zjawił się guz w pachwinie nie mogła oddać moczu, pomimo, że uczuwała silne parcie na mocz, dopiero gdy przez ucisk udało się jej guz zmniejszyć — mogła mocz oddać.

Drugim powodem, przyczyniającym się do postawienia mylnego rozpoznania były objawy ze strony jamy brzusznej; kurczowe bóle napadowe, umiejscawiane przez chorą w okolicy pępka, wzdęcie, wreszcie podsychający język i szybkie tętno — wszystko to zwróciło nasze podejrzenie w kierunku, że mamy tu do czynienia z uwięźnięciem jelita. Ze względu na to, że chora po zastosowaniu lawatywy miała stolec i oddawała wiatry, jak również wobec tego, że objawy ze strony jamy brzusznej nie przedstawiały się zbyt groźnie, stan zaś ogólny chorej i wygląd był zadowalający — przypuszczaliśmy, że mamy tu do czynienia z przepukliną uwięźniętą ścienną (L. Litriana) lub też z uwięźnięciem sieci i odruchowem wywołaniem objawów ze strony jamy brzusznej.

Przypatrzmy się teraz jak się przedstawia rzecz cała w oświetleniu prac statystycznych Martina, Eggenbergera i Finsterera.

Na 16 przypadków uwięźniętych przepuklin pęcherzowych pachwinowych w żadnym przypadku nie rozpoznano uwięźnięcia pęcherza przed operacją; w jednym przypadku tylko podejrzywano uwięźnięcie pęcherza wobec wyraźnych objawów ze strony tegoż, pomimo tego jednak pęcherz nacięto podczas operacji.

W 14-tu przypadkach rozpoznanie podczas operacji.

W dwu przypadkach rozpoznano nacięcie pęcherza w jakiś czas po skończeniu zabiegu. Pęcherz moczowy otwarto jako worek przepuklinowy w 9-iu przypadkach.

W 5-ciu przypadkach oprócz uwięźniętego pęcherza moczowego stwierdzono obecność pustego worka przepuklinowego.

Dwa przypadki były przepuklinami prostemi (*h. directae*)

Jeszcze gorzej przedstawia się statystyka uwięźniętych przepuklin pęcherzowych udowych.

Z siedmiu opisanych przypadków przed operacją nie rozpoznano żadnego. W czasie operacji rozpoznano cztery. Pęcherz nacięto jako worek w czterech przypadkach, z czego trzy razy nacięcie pęcherza zauważono dopiero w jakiś czas po operacji.

W dwu przypadkach znaleziono oprócz uwięźniętego pęcherza przepuklinowego pusty worek przepuklinowy.

Jak widać z tego rozpoznanie przedoperacyjne uwięźnięcia pęcherza jest dość trudne. Zdarza się też często, że nie rozpoznaje się uwięźnięcia pęcherza nawet i w czasie operacji. Rozpoznanie jest możliwe tylko w przypadkach z wyraźnemi objawami ze strony pęcherza moczowego, co się jednak zdarza dość rzadko, zwłaszcza, że najczęściej objawy te zostają przykryte i zatarte przez objawy ze stony jamy brzusznej, wywołane na drodze odruchowej.

M a r t i n podaje następujące objawy charakterystyczne uwięźnięcia pęcherza: silne bóle kurczowe, napadowe (kolka) w okolicy przepukliny, promieniujące ku spojeniu łonowemu, cewce moczowej i na udo. Parcie na mocz, z równoczesnem zatrzymaniem moczu, z następującą potem *ischuria paradoxa*, silna bolesność przepukliny na ucisk, krew w moczu.

Jeżeli do tego wobec wyraźnego podejrzenia wprowadzony cewnik zbacza w kierunku przepukliny (Eggenberger) i uda się jego koniec wprowadzić we wrota przepuklinowe i wyczuć go pod skórą, jeżeli wykona się cystoskopję i widzi się w cystoskopie uchyłek, jeżeli wykona się cystografję i uda się kollargolem wypełnić część uwięźniętą pęcherza — rzecz prosta w takich przypadkach rozpoznanie nie sprawia żadnych trudności.

Bardzo często w przypadkach uwięźnięcia pęcherza występują odruchowo kurcze żołądkowe i wymioty.

Objawy skierowujące podejrzenie na uwięźnięcie jelita podobno występują bardzo rzadko; B r u n n e r i M a r t i n wykluczają w przypadkach uwięźnięcia pęcherza moczowego możliwość powstania niedrożności jelit porażennej (*ileus paralyticus)* na drodze odruchowej. F a r g u e s [1]) jednak opisuje przypadek, gdzie u 75 letniej chorej z przepukliną udową przez 8 dni było zaparcie stolca, a na 4 dni przed operacją wystąpiły wymioty kałowe, podczas gdy przy operacji nie znaleziono nic innego prócz uwięźnięcia uchyłka pęcherzowego; po odprowadzeniu go chora w 16-u dniach wyzdrowiała.

A więc jednak objawy ze strony przewodu pokarmowego powstałe na drodze odruchowej w przypadkach uwięźnięcia pęcherza nietylko że się zdarzają, ale z d a r z a ć się muszą dość często. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że rozpoznanie w tych przypadkach waha się zwykle między uwięźnięciem sieci a uwięźnięciem kiszki — i to, że żaden z autorów, nawet i ci, którzy tak pięknie opisują objawy uwięźnięcia pęcherza — nie ustrzegł się od pomyłki rozpoznawczej, a często też i od nacięcia pęcherza podczas operacji.

Sądzę, że środkiem najprostszym i najwięcej pomocnym w rozpoznaniu rodzaju przepukliny byłoby kazać choremu oddać mocz przed operacją, a w razie niemożności oddania moczu — spuszczenie moczu cewnikiem i spostrzeganie, czy dany guz się nie zmniejsza. Z tego rodzaju postępowania powinno się zrobić zasadę w każdym przypadku przepukliny. Pilne przestrzeganie tej zasady byłoby nas, przypuszczam, uchroniło od pomyłki rozpoznawczej i od otwarcia pęcherza moczowego. Możliwem jednak jest, że i ten środek może zawieść — zwłaszcza w przypadkach tak silnego zaciśnięcia części pęcherza względnie uchyłku jego w bramie przepuklinowej, że zostaje przerwana komunikacja ze światłem pęcherza. W przypadku F a r g u e s'a, n. p. nie udało się uchyłku

[1]) Przytacza E g g e n b e r g e r.

wypełnić płynem od strony pęcherza. Przypadki takie, w których przychodzi do zupełnego zamknięcia światła odsznurowanej części pęcherza zdarzają się rzadko. Przeszkodę ku temu stanowi elastyczność dość grubej warstwy mięśni w ścianie pęcherza (Finsterer). Ten sam powód sprawia to, że dość późno przychodzi do zaburzeń w odżywieniu i do martwicy uwięzgnięte części pęcherza; mięśnie pęcherza chronią bowiem przez swoją elastyczność leżące pod niemi naczynia od uciśnięcia. Opisywane są przypadki, gdzie mimo że uwięzgnięcie pęcherza trwało dwa tygodnie[2]) nie przyszło do martwicy. W przypadkach, gdzie martwica pęcherza wystąpiła raz w dwa dni, raz w pięć dni po uwięzgnięciu tłumaczy Finsterer uszkodzeniem pęcherza przez zabiegi mające na celu odprowadzenie uwięzgnięcia (taxis) w jednym przypadku, w drugim późnym wiekiem chorego i słabą wobec tego odpornością tkanek — oraz stosunkowo dość długo już trwającem (5 dni) uwięzgnięciem.

Co do zachowania się w przypadku otwarcia pęcherza w czasie operacji, to jedynie racjonalnem postępowaniem jest zeszycie rany w ścianie jego szwem dwu lub trzypiętrowym bez zachwytywania błony śluzowej i unieruchomienie pęcherza na dwa lub trzy dni przez założenie stałego cewnika. Ważnem jest w dalszym ciągu leczenia przestrzeganie, by cewnik nie zatykał się skrzepami krwi i nie następowało z tego powodu wstrzymanie odpływu moczu. W tym celu zalecić można ostrożne przepłukiwanie pęcherza względnie przestrzykiwanie cewnika małemi ilościami (10—20 cm^3) hydrargyrum oxycyanatum w rozczynie 1:5000.

Drenowanie okolicy szwu pęcherzowego w tych przypadkach, gdzie ściana pęcherza jest zdrowa, uważać można za niepotrzebne. Gorzej przedstawia się rzecz, gdy zranienie pęcherza zostaje zauważonem w jakiś czas po skończeniu zabiegu; zwykle zostaje ono zauważonem w pierwszym lub najpóźniej w 2-im dniu po operacji. Występujące wkrótce po operacji parcie na mocz, krew w moczu, względnie bezmocz, przyczem przez cewnik wydobywa się jedynie nieco krwawego płynu, wszystkie te objawy są dostatecznym dowodem zranienia pęcherza. W przypadkach takich zadaniem naszem powinno być jak najszybsze odszukanie miejsca zranionego i zeszycie pęcherza — w przeciwnym bowiem razie grozi choremu naciek moczowy a w przypadku, gdzie zranienie znajduje się w obrębie części pęcherza pokrytej otrzewną zapalenie otrzewnej.

Zachowanie się wyczekujące chirurga w takich przypadkach i liczenie na to, że po przemijającym nacieku moczowym skończy się szczęśliwie tylko na wytworzeniu się przetoki moczowej, jest błędne.

Piśmiennictwo.

1) Brunner. D. Z. f. Chir. 1899. T. 47. Z. II. i III. — 2) Brunner. D. Z. f. Chir. 1909. T. 101. — 3) Lossen. Bruns Beitr. 1902. T. 35. — 4) Martin. D. Z. f. Chir. 1900. T. 54. Z. VI. — 5) Eggenberger. D. Z. f. Chir. 1908. T. 94. Z. V. i VI. — 6) Finsterer. Bruns Beitr. 1912. T. 81. — 7) Chudowszky. Bruns Beitr. 19. T. 84. — 8) Heineck. Med. Herald. 1920. Z. 39. — 9) Karewski. Arch. f. Klin. Chir. 1905. T. 75. — 10) Tsakoupoulos. Zlgaud. ges. Chir. 1920. — 11) Gironcoli. Zbl. f. Chir. 1923. Z. 31.

[2]) Charriere i Charbonnel — przyt. Finsterer.

Oceny i sprawozdania.

Rosner Aleksander. **Ginekologja**; podręcznik do użytku lekarzy i studentów. Tom II. Kraków 1924. Wydawnictwo podręczników Akademji Nauk Lekarskich Strony od 405 do 930. Z 187 rycinami w tekście.

Drugi tom podręcznika rozpoczyna autor rozdziałem, traktującym o guzach narządu płciowego kobiecego. Zdawaćby się mogło, że w rozdziale tym znajdziemy rzeczy znane i omawiane wyczerpująco w każdym niemal podręczniku ginekologji obcych języków. A przecież tak nie jest. Na każdej niemal stronicy tego rozdziału spotyka nas przyjemne rozczarowanie, że rzeczy znane, nieraz codzienne, ujmuje autor na swój sposób i podaje je czytającemu w formie nowej, dotąd niespotykanej, omawiając i wyjaśniając je z innego punktu widzenia, jak to dotąd czynili inni. Utartym dotychczasowym zapatrywaniom przeciwstawia autor swe własne, oparte na wieloletnich osobistych spostrzeżeniach, a poparte bogatem doświadczeniem. Dotyczy to zwłaszcza sprawy mięśniaków macicy, którą autor opracował niemal wyłącznie na podstawie własnego bogatego materjału. Wiele zapatrywań, jakie autor w tej sprawie wypowiada, jest nowych i niewątpliwie słusznych. Rzucają one nowe światło na te kwestje i stanowią bezsprzecznie rzetelny postęp w tym kierunku.

Rozdział następny o zmianach położenia narządów płciowych przedstawia wyczerpująco choć zwięźle wszystko, co w tej sprawie jest potrzebne nie tylko lekarzowi w ogólności ale i ginekologowi To samo dotyczy rozdziału o zmianach chorobowych w związku z zapłodnieniem a zwłaszcza z ciążą zewnątrzmaciczną.

Oddzielny rozdział stanowi opis cierpień powstałych pod wpływem urazu. Rozdział bardzo ważny zwłaszcza dla lekarza praktyka, który znajdzie tu w każdym możliwym przypadku sposób postępowania i wytłumaczenie przebiegu wielu powikłań powstałych na tle urazu części rodnych.

Bardzo ważny a nadzwyczaj dokładnie opracowany jest rozdział omawiający wpływ niektórych chorób nieginekologicznych na narządy płciowe poza okresem płodzenia. Rozdział ten stanowi znakomite uzupełnienie wiadomości ogólnolekarskich dla ginekologa, a niezaprzeczenie przeczytać go może z wielką korzyścią każdy lekarz nietrudniący się ginekologją.

W osobnym rozdziale mówi autor o objawach chorób ginekologicznych i chorobach kobiecych objawowych. Rozdział ten obejmuje ustępy o bólu, o nieprawidłowych krwawieniach macicznych, upławach, niepłodności i t. d. i t. d. Są to więc choroby lub objawy chorobowe, z którymi nie tylko ginekolog ale każdy lekarz niemal codziennie w czasie swej ordynacji się spotyka. Nie znam podręcznika, w którymby sprawy te tak znakomicie i jasno były przedstawione, jak to czyni autor i sądzę, że rozdział ten, podobnie jak i poprzedni, z wielką korzyścią mógłby i powinienby nawet być umieszczony nie tylko w ginekologji ale i w każdym podręczniku chorób wewnętrznych.

W ostatnim wreszcie rozdziale wypowiada autor kilka uwag o zapobieganiu chorobom narządów płciowych kobiecych. Rzecz w podręczniku Rosnera nową a tak bardzo ważna tak bardzo doniosła. Jeżeli bowiem profilaktyka odgrywa w całej medycynie bardzo ważną rolę, a w niektórych jej działach jak n. p. w położnictwie zajmuje stanowisko wprost dominujące, to z uwag autora, wypowiedzianych w tym rozdziale, każdy przekonać się może, jak doniosłe ma ona znaczenie w stosunku do chorób ginekologicznych. Rzecz to bardzo ważna i powinna ona znaleźć jak największe uwzględnienie i zrozumienie nie tylko w higjenie ale i w całem wychowaniu kobiety. Szkoda tylko, że autor nie omówił sprawy tej obszerniej, bo jeśli kto, to on właśnie jako wybitny krytyk mógłby o wiele lepiej o przedmiocie tym się wypowiedzieć, aniżeli ktokolwiek inny. Zwłaszcza w obecnych czasach, kiedy przez zaprowadzenie lekarzy szkolnych władze i społeczeństwo zaczynają należycie oceniać ważność wychowania fizycznego, byłoby bardzo pożądanem i na czasie, gdyby czynniki wychowawcze znalazły tak ważny dział, opracowany przez autora tak bardzo kompetentnego w tej sprawie.

Po ukazaniu się I-ego tomu podręcznika »Ginekologji« wypowiedzieli się o jego wartości liczni autorowie (Bylicki, Czyżewicz, Zubrzycki). Ułatwili mi oni niepomiernie ocenę tomu drugiego. Wszystko bowiem, co powiedzieli o zaletach tomu pierwszego, musiałbym tutaj podnieść ponownie przy ocenie tomu drugiego, kompletującego całość podręcznika. Nie czynię tego, by nie powtarzać słów cudzych i wystarczy mi tylko stwierdzić, że przez wydanie swego podręcznika wzbogacił autor nasze piśmiennictwo bardzo, dając nam książkę, z której dumni być możemy, książkę, w której znajdziemy wszystko, co dać może tylko wielka wiedza, bogate doświadczenie i znakomicie rozwinięty zmysł krytycyzmu.

Wartość podręcznika podnosi okoliczność, że jest to pierwszy polski podręcznik Ginekologji wydany w wolnej Polsce, z którego całe pokolenia czerpać będą bogatą wiedzę przez długie lata. I z tego właśnie tytułu ośmieliłbym się zwrócić uwagę na jedną okoliczność. Niezaprzeczenie student

polski, czytając ten podręcznik, odczuje jego wartość i znaczenie, a te muszą w nim wzbudzić zaufanie do nauki polskiej. I w tem też leży wielka zasługa autora. Atoli sądzę, że zaufanie to wzrosłoby jeszcze więcej, gdyby autor w wyliczaniu nazwisk pracowników polskich nie był się ograniczył do wzmianki tylko o kilku. Wprawdzie usprawiedliwia autora może okoliczność, że — jak sam we wstępie powiada — nie miał zamiaru obarczać swego podręcznika wyczerpującem piśmiennictwem, to jednak nie da się zaprzeczyć, że właśnie z powyższych motywów uderzać musi zbyt skromna ilość cytowanych nazwisk polskich w stosunku do przytoczonych nazwisk obcych. Okoliczność tę podnoszę tem bardziej, że dotyczy ona w pierwszym rzędzie i przedewszystkiem samego autora, który jako twórca nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych winien był, mojem zdaniem, dobitniej i obszerniej autorstwo swe w podręczniku podkreślić.

Bocheński.

Lewis T. **Klinik der unregelmässigen Herztätigkeit.** Trzecie wydanie niemieckie, tłumaczone przez O. Wuth'a. 1924. Nakładca: C. Kabitzsch (str. VIII.+101.) — Cena: 3·12 fr. szwajc.

W ciągu 9-iu lat trzecie wydanie niemieckie (piąte zaś angielskie), okoliczność świadcząca o ogromnej poczytności książeczki Lewisa. Autor, zamiłowany badacz czynności serca zapomocą metod graficznych, umiejący znakomicie przedstawić rozmaite zaburzenia rytmu serca zapomocą uzmysławiających znaków, wykłada swą rzecz z niezwykłą jasnością, stylem prostym i zwięzłym. Cechuje całe założenie pracy dążność do ułatwienia lekarzowi praktycznemu rozpoznania związanych z arytmią schorzeń zapomocą najprostszych sposobów, z unikaniem wprost metod, które w prywatnej praktyce tylko wyjątkowo i tylko przez specjalistów dadzą się zastosować. To dążenie do praktycznej prostoty wyróżnia angielskiego autora niezmiernie korzystnie w porównaniu do teoretyków-klinicystów niemieckich, pracujących w dziedzinie chorób serca (jak n. p. Sahli). Lewis stara się uwolnić od wszelkiej nieugruntowanej tradycji w poglądach na choroby serca, unika wszelkiego subjektywizmu, rejestruje skrupulatnie wszelkie nowe zdobycze naukowe. Wykład obejmuje przy każdem schorzeniu jasno i zwięźle postawioną definicję istoty zboczenia, jego mechanizm (objaśniony bardzo pomysłowemi diagramami), ajtiologję i patologję, sposoby rozpoznania oparte o symptomatologję, różniczkowanie od schorzeń podobnych, rokowanie i leczenie. Każda z tych części rozpada się na szereg zdań, ujmujących krótko i przejrzyście wszystko, co o tem na podstawie ścisłych danych wiemy. Sądzę, że mało kto potrafiłby tak dużo materjału pomieścić na tak małej ilości stronic. Leczenie ujęte jest bardzo krótko, tak, że młody lekarz musiałby w innych podręcznikach szukać za szczegółami; rokowanie przedstawione jest często w szeregu aksjomatów, ilustrowanych przez porównanie ze sobą różnych zespołów chorobowych, typowych dla danego zboczenia zasadniczego.

Rzecz warta czytania, a czyta się łatwo. Sądzę też, że warta jest przekładu na język polski.

Sabatowski.

Przegląd piśmiennictwa.

Sprawozdanie tymczasowe o gruźlicy i śpiączce nagminnej w Afryce Podzwrotnikowej. Wydawnictwo Ligi Narodów — Komitetu Higjeny. 1924.

Obszerna broszura in 4-to (127 stron, 12 map) wydana w języku francuskim zawiera, mimo egzotyczności materjału, dużo spostrzeżeń teoretycznie i praktycznie ciekawych dla nas z zakresu epidemjologji gruźlicy. Opis stosunków zdrowotnych ugrupowany jest wedle obszarów państwowych. Z kolonji francuskich dostarczyli materjału lekarze administracyjni i wojskowi oraz pracownie pasteurowskie. Do celów rozpoznawczych stosowano także tuberkulinę, daty statystyczne zbierano wedle kwestjonarjusza szczegółowego. Sprawozdania z kolonji brytyjskich, Konga belgijskiego oraz dawnych kolonji niemieckich (raporty jeszcze lekarzy niemieckich) nie różnią się wiele od sprawozdań francuskich. Wedle nich wszystkich jest wielka różnica między częstością gruźlicy w strefie nadbrzeżnej, gdzie jest ona mniej lub. więcej pospolitą, a ośrodkiem kontynentu. Wynik badania rekrutów do wojsk kolonjalnych oraz, w niektórych kolonjach, badanie dzieci szkolnych, daje tu wyraźne wskazówki. Wyniki podróży inspekcyjnych trzeba przyjmować z wielką rezerwą. Dla wybrzeża zachodniego roznosicielami gruźlicy byli od dawnych czasów Europejczycy, dla wschodniego zaś Arabowie i Hindusi. Najsilniej dotknięte gruźlicą są kolonje najstarsze jak Senegal, Madagaskar, Wybrzeże Kości słoniowej. W Senegalu n. p. stwierdzono u 15 do 30% ludności dorosłej objawy gruźlicy, u dzieci szkolnych nawet 49% (we Francji do 90%), ale to tylko w strefie przybrzeżnej, gdyż w głębi kolonji tylko około 7% poborowych wykazywało objawy gruźlicy. Naogół miasta wykazują więcej chorych niż wsie, okolice dostępne okrętem, koleją lub gościńcem — więcej niż mało dostępne. — Widuje się wszelkie postaci gruźlicy, rozwój jej wydaje się być szybki. W Senegalu stwierdza się i u bydła prątki typu ludzkiego.

Te spostrzeżenia były przyczyną, że Niemcy zaprowadzili w swych kolonjach kontrolę sanitarną przyjezdnych i chorych na gruźlicę nie wpuszczali do kolonji. Za nimi poszli Belgijczycy w swojem Kongo.

Gruźlica u Europejczyków pogarsza się w czasie pobytu w podzwrotnikowej Afryce, przyczynia się do tego często zimnica. Nawiasem dodać należy, że w północnej Afryce jak w Maroku, Algierze i Tunisie, przyczynili się do ogromnego rozszerzenia gruźlicy chorzy Europejczycy, przyjeżdżający tam dla leczenia klimatycznego.

Gruźlica u bydła jest naogół nie bardzo rozpowszechniona, w Kamerunie Ziemann nie stwierdził jej wcale, a przypisuje ten korzystny stan tej okoliczności, że niema tam wcale stajen, a bydło przebywa stale na powietrzu.

Ciekawe są spostrzeżenia z Madagaskaru, leżącego już poza strefą podzwrotnikową. Otóż niektóre szczepy, zamieszkujące wyżynę centralną (jak n. p. Hova) są silnie dotknięte gruźlicą, mimo doskonałych warunków klimatycznych, zaś szczepy nadbrzeżne są o wiele zdrowsze mimo gruźlicy u bydła, niegotowania mleka i nieraz wilgotnego klimatu. Hovasi są jednak niechlujni i mieszkają licho, podczas gdy na wybrzeżu jest przeciwnie. I na zachodniem wybrzeżu Afryki stwierdza się, że klimat wybitnie wilgotny nie wpływa na rozpowszechnienie gruźlicy. Okoliczność, że murzyni wyznania mahometańskiego nie używają alkoholu, gdy inni chętnie i dużo piją, pozwala na wniosek, że alkohol nie wpływa bezpośrednio na rozpowszechnienie i pogorszenie gruźlicy, gdyż pod tym względem różnic w Afryce nie widać. Pewne uodpornienie na gruźlicę spostrzega się oczywiście na wybrzeżu, podczas gdy w głębi kontynentu przebieg choroby jest prawie zawsze gwałtowny. Gruźlica jelit jest dość pospolitą w Kongo, tamtejsi bowiem murzyni stale łykają plwocinę; niema tam też podobno gruźlicy u bydła. O gruźlicy w Abissynji wiadomości są skąpe. Jestto kraj wysokogórski (ponad 2400 m. n. p. morza), gruźlica jest tam podobno mało rozpowszechniona i przebiega łagodnie.

Walkę z gruźlicą prowadzi się w Afryce podzwrotnikowej zapomocą leczenia w szpitalach (kolonje francuskie), nadzorowania ruchu przyjezdnych i kontroli chorych krajowców z utrudnianiem komunikacji (paszporty zdrowotne — kolonje belgijskie), oraz, rozpoczęte już przez Niemców, uświadamianie tubylców zapomocą ogłoszeń, odczytów i broszurek w języku ojczystym (obecnie kolonje angielskie). Ta ostatnia metoda wydaje się najszybciej prowadzącą do celu. Murzyni naogół okazują dużo pociągu do porządku i czystości i stoją pod tym względem wyżej niż n. p. Hindusi.

Ogromne pogorszenie się gruźlicy w latach ostatnich przypisują wszyscy sprawozdawcy masowemu powrotowi chorych żołnierzy kolonjalnych do ich krajów rodzinnych.

Wnioski końcowe głoszą: na rozpowszechnienie gruźlicy w Afryce ma wpływ najczęściej zły stan mieszkań, przeludnienie osad, łatwość komunikacji, czyli mniejwięcej tosamo, co się spostrzega w krajach o klimacie umiarkowanym.

Dużo więcej miejsca poświęcono śpiączce afrykańskiej (trypanosomiazie), która nas Polaków mniej może intereso-

wać. Choroba ta dotyczy tylko okolic podzwrotnikowych, szerszy się wzdłuż dorzecza rzeki Kongo i dziesiątkuje ludność. ogarniając całe rodziny. U chorych stosuje się atoxyl jako środek leczniczy i ochronny dla otoczenia, zaprowadzono dowody zdrowia dla podróżujących oraz utrudnienia podróży z okolic zakażonych, wycina się lasy i krzaki nadbrzeżne etc. Atoxyl stosuje się co 2 do 6 miesięcy we wielkich dawkach wszystkim chorym, zapomocą lotnych kolumn sanitarnych, powracających okresowo. Kraj zajęty chorobą posiada szereg pracowni z kursami dla sanitarjuszy. W Afryce podzwrotn. francuskiej przebadano w r. 1921: 559 658 murzynów, w tem stwierdzono 28,589 chorych na śpiączkę (5.18%), prócz tego w Kamerunie 7061 chorych. Choroba widocznie się cofa obecnie. Tosamo stosuje się w Kongo belgijskiem i kolonjach Anglji. Ruch handlowy między kolonjami zakażonemi, a niezakażonemi jest wszędzie utrudniany, co wyzyskują natychmiast tamtejsi kupcy, podnosząc niepomiernie ceny towarów w obszarach zamkniętych. Ten szczegół zasługuje na uwagę i uwzględnienie także i w Europie na wypadek konieczności tworzenia zamkniętych okolic. *Sabatowski.*

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo polskie.

Wychowanie Fizyczne, zesz. 1—6, rok 1924. W. Missiuro. Kursy wychowania fizycznego Centr. Szkoły Wojsk. Gimn. i Sportów oraz Studjum Wych. Fizyczn. Uniw. Poznańs. w świetle pomiarów antropometrycznych. — S. Szuman. Strach i odwaga (studjum dla celów wychowania fizycznego). Z metodyki ćwiczeń (Gra w oczko. Pływanie jako przedmiot wychowania fizycznego). Nowe książki. Z czasopism (Antropometrja i fizjologja, psychologja, medycyna szkolna). Z towarzystw, instytucyj i zjazdów. Kronika.

Polska Dentystyka, zeszyt 4. 1924. Prof Cieszyński. O ciałach obcych w jamie szczękowej. — A. Meissner. Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedorozwoju dolnej szczęki. Sprawozdania i streszczenia. Ruch w towarzystwach. Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, zesz. 2., rok 1924. W. Bakierowski. Neuralgja trigemini.

Prz. dent. zesz. 3. J. Morawiecka. O zapaleniu promieniczem opon mózgowo-rdzeniowych. — L. Brennejsen. W sprawie nowych projektów reformy wykształcenia dentystycznego w Polsce. — A. Gruszczyński. Nowe horyzonty a smutna rzeczywistość. — Prof Wilga. W sprawie reformy studjów dentystycznych w Polsce. — Prof. Zwierzchowski. Głos w sprawie reformy studjów dentystycznych.

Klinika oczna, zesz. 2. r. 1924 Prof. Kapuściński. Keratitis punctata superficialis. — Prof. Noiszewski. Odpadnięcie a odwarstwienie siatkówki. — K. Karelus. Badania kliniczne nad wpływem adrenaliny. — Prof. Noiszewski. Nieprawidłowe ujęcie wzrokowe przedmiotów. — K. Bałłaban. Neuritis infectiosa. — W. H. Melanowski. Rzadki przypadek ciała obcego okolicy oczodołu.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften Monachium (J. F. Lehmann). 1924. Nr. 7. Cena złotych marek niem. 1,75.

Treść: 1) Prof. Freud. O zastąpieniu i niepłodności. — 2) Prof. Jaschke. Zmiany położenia macicy w ciąży i w czasie porodu. — 3) Prof. Holzbach. Lekarz-praktyk wobec ścieśnienia miednicy. 4) Prof. Lahm. Przegląd piśmiennictwa położniczego i ginekologicznego.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska lwowska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 4. czerwca 1924 r.

1. Protokół posiedzenia z 28. maja 1924 roku odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący:

a) Odczytuje zażalenie lekarzy w Gródku Jag. na zbyt niską taksę sądowo-lekarską i dodaje, że memorjał w sprawie taksy wniesiono z Izby do Ministerstwa sprawiedliwości przed około 2 miesiącami i dotychczas niema odpowiedzi.

b) Odczytuje projekt pisma do Minist. sprawiedliwości w sprawie spóźnionej wypłaty należytości lekarzy-znawców sądowych. Projekt przyjęto.

c. Odczytuje projekt pisma do Naczelnej Izby lekarskiej w sprawie zarządzenia Ministerstwa spr. wewn. co do wnoszenia podań przez lekarzy, zgłaszających się do rejestracji, do których to podań, między innemi, ma być dołączone curriculum vitae i fotografja. Projekt przyjęto z drobnemi zmianami stylistycznemi.

d) Odczytuje pismo dr. Wildera, przewodniczącego Związku lekarzy w Drohobyczu, z zażaleniem co do zbyt niskiego wynagrodzenia za szczepienie ospy dokonane w r. 1923. przez dr. Werbeneza w Stebniku.

Uchwalono przesłać Województwu.

e) Województwo tarnopolskie zawiadamia, że M. S. W. wydało p. Racheli Chassin w Witkowie zaświadczenie na prawo wykonywania praktyki lekarskiej.

f) Sprawę zwolnień od opłaty do Izby i sprawę udzielenia koncesyj na apteki.

3. Dr. Moszkowicz referuje sprawę zatargu lekarzy z Kasy chorych w Sanoku.

Po obszernej dyskusji uchwalono wysłać delegatów Zarządu Izby do Sanoka dla załagodzenia i załatwienia ostatecznego sprawy.

4. Dr. Doliński referuje sprawę wysokości honorarjum dr. Łukasza Safjana, które w sumie zbyt niskiej wypłaciła mu Kasa chorych we Lwowie.

Po dyskusji uchwalono odpisać dr. Safianowi, że honorarjum, którego żąda, nie jest wygórowane.

5. Sprawa skargi kol. S. K. na kol. L. N.

6. Dr. Allerhand referuje sprawę firmantów zakładów technicznych, którzy byli przesłuchani na posiedzeniu Zarządu Izby w dniu 28. maja 1924.

Co do 8-u lekarzy ze Lwowa stawia następujące wnioski:

a) wydać wszystkim nakaz bezwłocznego zaprzestania udzielania firmy nielegalnemu zakładowi dentystycznemu;

b) oddać sprawę Sądowi Izby, bo lekarze ci weszli w konflikt z kodeksem deontologji lekarskiej;

c) ogłosić stosowne ostrzeżenie w Polskiej Gazecie lekarskiej;

d) wezwać władze sanitarne I. i II. instancji do sanacji istniejących stosunków;

e) zwrócić się do dyrekcyj dotyczących klinik, że wykonywanie dentystyki nie godzi się z zajęciem na tych klinikach.

Wniosek: a) Przyjęto co do dr. Agidówney, Arendta, Konstantina, Leowenheckowej, Meiselsa, Reisesównej i Reismana. Natomiast dr. Lewinowi, ze względu na to, że zakład istnieje w jego lokalu ordynacyjnym i że dawniej już zgłaszał się jako dentysta, uchwalono nie dawać nakazu, jak proponuje referent, ale polecić, aby zmienił firmę zakładu i ogłoszenie godzin dla zakładu uzgodnił z faktyczną swoją obecnością w zakładzie.

Wniosek: b) Uchwalono nie oddawać sprawy bezzwłocznie Sądowi Izby, ale w nakazie, o którym mowa pod a), zagrozić, że jeżeli do dni 14 nie zastosują się do nakazu, będą pociągnięci przed Sąd Izby.

Wniosek: c) Przyjęto.

Wniosek: d) Przyjęto z tem, że wezwanie będzie wystosowane tylko do władzy sanitarnej I. instancji.

Wniosek: e) Odrzucono.

7. Ustalono płace funkcjonarjuszów Zarządu Izby.

Posiedzenie Zarządu w dniu 11 czerwca 1924.

a) Protokół ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

b) P. Grebel, posiadający przedstawicielstwo wody mineralnej Dewajtis ofiarowuje 1% ze sprzedaży na fundusz wdów i sierót po lekarzach, prosząc równocześnie o okólnik popierający.

Uchwalono, że należy się w tej sprawie zwrócić do Komisji przemysłowej Tow. lekarskiego.

c) Województwo Tarnopolskie donosi, że dr. Wawryk i Schmieder uzyskali zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej.

d) Województwo Lwowskie zaprasza na posiedzenie, mające na celu organizację kodyfikacji polskich ustaw sanitarnych; posiedzenie to odbędzie się 20. VI. 1924. Wybrano delegatem prezydenta Izby.

e) Krakowska Izba Lekarska przesłała swą opinję w sprawie cennika czynności lekarskich. Zajmuje ona wobec cennika stanowisko nieprzychylne, uważając go za niepotrzebny. Izby lubelska i łódzka przysłały opinje przychylne, również Izba poznańska, załączając cennik ogłoszony w roku 1923. według systemu punktowego.

Nad tym ostatnim komunikatem wywiązała się dłuższa dyskusja: dr. Allerhand proponuje by ogłosić w P. G. L. wezwanie do kolegów do nadsyłania swych poglądów w sprawie cennika, by w ten sposób niejako w formie ankiety skrystalizować pewne poglądy.

W dyskusji jeden z obecnych uważa cennik za przedwczesny, radzi napisać do pewnych grup kolegów prowincjonalnych z prośbą o ich zdanie, inny natomiast uważa cennik za pożyteczny gdyż znajdzie on zastosowanie tylko w braku umowy. Podniesiono, że cennik mieści w sobie to niebezpieczeństwo, że publiczność będzie skłonna do uważania stawki cennika za normy powszechnie obowiązujące.

Uchwalono zaprosić kolegów ze Lwowa i z prowincji na najbliższe posiedzenie, które będzie poświęcone tej sprawie.

2) Zażalenie żony porucznika na jednego z kolegów, że wezwany w nocy do umierającej matki tejże oświadczył, że

pójdzie do chorej dopiero po złożeniu z góry tytułem honorarjum 50 miljonów marek. Kolega odnośny tłumaczy się, że ma lat 66, praktykuje lat 36, zdarza mu się często, że go w nocy wzywają i nic później nie płacą, lekarzem ordynującym był lekarz inny, który tegoż dnia miał oświadczyć, że stan chorej jest beznadziejny i że śmierć prawdopodobnie nastąpi w nocy. Zresztą w sąsiedztwie chorej mieszkają inni lekarze. Referent uważa wprawdzie żądanie pieniędzy za niewłaściwe, lecz czyni wniosek: Izba nie widzi powodu do oddania sprawy Sądowi, należy jedynie odnośnemu koledze przedstawić zapatrywanie Zarządu, że żądanie wypłaty honorarjum z góry jest nieodpowiednie.

3) Starostwo donosi, że dr. R. wydał poświadczenie osobie nieukwalifikowanej stwierdzające jej szczególne uzdolnienie w zakresie pomocy położniczej. Starostwo prosi, by zwrócić uwagę dr. R. na niedopuszczalność takich poświadczeń, jako propagujących partactwo lecznicze. Uchwalono po myśli Starostwa.

Skargę dr. W. na dr. B., że ten rzekomo, zastępując przez pewien czas dr. W. w firmowaniu zakładu dentystycznego, później sam podobny zakład w tejże miejscowości założył pod własną firmą. Ponieważ z chaotycznej treści skargi dr. W. trudno dojść istotnego stanu rzeczy, referent wnosi, by zwrócić się o wyjaśnienie do dr. B. Uchwalono w myśl wniosku referenta.

5) P. Prezydent komunikuje, że dr. O. B. zgłasza, że nie wykonuje czasowo praktyki lekarskiej z powodu braku mieszkania. Postanowiono zwrócić się do dr. B. z wezwaniem by usunęła tablicę z bramy domu.

6) Dr. F. skarży się, że zarząd telefonów zaliczył go do kategorji II. opłat telefonicznych (15 zł. miesięcznie), mimo, że z telefonu jego, umieszczonego w pokoju ordynacyjnym, nikt prócz niego nie korzysta. Wnosi, by wnieść odpowiedni memorjał do Ministerstwa Poczt i Telegrafów.

W dyskusji podniesiono, że zarząd telefonów kieruje się przy klasyfikowaniu opłat dla lekarzy okolicznością, w jakiej ubikacji mieści się aparat telefoniczny; jeżeli jest on umieszczony w części prywatnej mieszkania (sypialnia, jadalnia), to zalicza danego lekarza do grupy I. (12 zł.), w przeciwnym razie do grupy II. Memorjał do Ministerstwa w tej sprawie jest nieodpowiedni, gdyż jest to sprawa miejscowa. Wobec tych wyjaśnień dr. F. cofnął swój wniosek.

Posiedzenie Zarządu w dniu 25. czerwca 1924.

Prócz członków Zarządu wzięli w posiedzeniu udział zaproszeni: Damański, Świtalski, Marischler, Kotiers, Hojnacki, Ruff, Fels, prof. Franke, Bendel (Złoczów), Flis (Rudki), Sawicki (Kańczuga), Margiel (Janów).

1) Cennik lekarski. Dr. Papée przedstawia dotychczasowy przebieg sprawy cennika projektowanego na podstawie art. 21. Ustawy o Praktyce Lekarskiej przez Województwo Lwowskie.

Dr. M. jako referent odczytuje projekt cennika i omawia go tudzież odczytuje dotyczące pisma Naczelnej Izby Lekarskiej i innych Izb.

Dyskusja. Dr. S. jest zdania, że taryfa okaże się pożyteczną zwłaszcza na prowincji, gdyż przewiduje stawki dwa razy wyższe od przedwojennych. Dr. H. uważa, że taryfa jest właściwie zbędna, gdyż między lekarzem a chorym powinna być zawarta umowa co do wysokości honorarjum. Taryfa może być jedynie korzystna w przypadkach sporu sądowego. Dr. H. oświadcza się jako przeciwnik taryfy. Umowa jest rzeczą bardzo nieuchwytną, pozatem wśród lepszej klijenteli miejskiej umawianie się mogłoby być fałszywie tłumaczone i dawać powód do licznych nieporozumień, szkodzących prestige lekarskiemu. Dr. A. oświadcza się również przeciw cennikowi, jako nie potrzebnemu i szkodliwemu naśladownictwu przestarzałych wzorów zagranicznych. Dr. F.: Rząd nie powinien narzucać taryfy, lecz powinna ją uchwalić Izba Lekarska. Przyłącza się do wywodów przedmówcy w sprawie definicji »specjalisty«, która jest dość nieuchwytną. Dr. F. oświadcza się za potrzebą taryfy, jako uzasadnionej tradycją, lecz powinna ona zawierać stawki najniższe i najwyższe. Prof. F. Nie widzi zupełnie potrzeby cennika dla lekarzy praktykujących w miastach. Każda taryfa jest utopją. Nie da ogółowi lekarzy jako zawodowi wolnemu żadnych korzyści ani moralnych ani materjalnych. Przeciwnie: obniży znaczenie stanu lekarskiego w oczach leczącej się publiczności, która skłonna będzie widzieć w lekarzu wyrobnika pracującego za ustaloną przez rząd taksę. Jako malum necessarium zgodził by się na taryfę minimalną, by zapobiec obniżaniu cen przez lekarzy samych. Dr. D. oświadcza się jako przeciwnik taryfy jako niepotrzebnej i nie uzasadnionej rzeczywistemi warunkami praktyki, zwłaszcza u lekarzy praktykujących na przedmieściach. Dr. Ś. podkreśla ewentualne korzyści taryfy w razie sporów sądowych, gdyż ułatwi orzecznictwo sędziom. Dr. M. jest zdania, że taryfa przyniesie korzyści lekarzom prowincjonalnym. Prof. M. wypowiada zdanie, że powinna być ustanowiona taryfa dla lekarzy ogólnych z wyłączeniem specjalistów.

Dr. Mosz. rekapituluje na zakończenie dyskusji argumenty przemawiające za taryfą, a dr. A. argumenty przeciw.

Jako dyrektywę dla zarządu Izby postawiono wniosek: Zebranie oświadcza się za potrzebą taryfy, atoli nie narzuconej lekarzom przez rząd, lecz wydaną przez Izbę lekarską, a opartej na przedłożonych projektach różnych grup lekarskich miejscowych i zamiejscowych (taryfa autonomiczna); nie ma ona zawierać stawek dla specjalistów, lecz tylko dla ogólnych praktyków. Wniosek ten został uchwalony, poczem, po opuszczeniu sali przez zaproszonych rozpoczęto posiedzenie zarządu.

1) Lekarze sanoccy a Kasa chorych. Obwód Sanocki Związku Lekarzy P. P. nadesłał projekt umowy ramowej z Kasą chorych, na podstawie której podjąłby z K. ch. pertraktacje. Również sanocka K. ch. nadesłała swój projekt, jako substrat do mających się rozpocząć pertraktacji, podając przytem termin prekluzywny do dnia 5. lipca 1924. K. ch. przyjmuje zasadę wolnego wyboru lekarza, w innych punktach zachodzą pewne różnice, nie mające zresztą zasadniczego znaczenia pomiędzy projektem K. ch., a projektem Związku Lekarzy. Dotyczą one sumy wynagrodzenia lekarzy (20% dochodów Kasy, sposobu mianowania lekarza naczelnego, ambulatorjum w fabryce wagonów i i.). Pismo donosi równocześnie, że Okręg krakowski Z. L. P. P. już interweniował w tej sprawie przez swego delegata.

Prof. N. wnosi na wybranie delegatów celem osobistej interwencji i doprowadzenia pertraktacji do końca. Proponuje na delegatów dr. Papéego i Flisa. Uchwalono w myśl wniosku z tem, że delegaci mają się zjawić w Sanoku dnia 7. VII. 1924., o czem się obie strony pertraktujące poprzednio zawiadomi.

2) Dr. D. referuje sprawę ustalenia wysokości honorarjum dr. D. na prośbę Szefa sanitarnego DOK. VI., do którego jeden z oficerów zwrócił się z prośbą o zwrot kwoty 75,000.000 Mp., wypłaconej dr. Durstowi jako wynagrodzenie za pomoc lekarską, udzieloną żonie porucznika. Dr. D. był trzykrotnie w nocy u chorej i wstrzykiwał kofeinę i kamforę i przetwory naparstnicy z własnych zapasów, by opanować ciężki zapad po przebytej grypie. Kwota odnośna jest odpowiednia. Wniosek referenta uchwalono.

3) Prez. odczytuje podziękowanie prof. Sieradzkiego, za życzenia, złożone mu z powodu wyboru na rektora.

---

† Dr. Zygmunt ZIEMIĘCKI.

Dnia 2. lipca zmarł w Olkuszu Dr. Zygmunt Ziemięcki, lekarz naczelny Pow. Kasy chorych.

Ubył znowu jeden z młodszych pracowników na niwie lekarsko-społecznej, rokujący najlepsze nadzieje. Ukończywszy w czasie wojny wydział lekarski Uniwersytetu moskiewskiego i powołany do wojska, przechodzi, z chwilą tworzenia się formacji polskich, do Korpusu Dowbora-Muśnickiego, potem do Wojsk Polskich, gdzie, odznaczony krzyżem walecznych, pełni między innemi, funkcje adjutanta pierwszego Szefa Depart. Sanit. M. S. Wojsk.. Gen. Hordyńskiego, następnie przeniesiony do Naczeln. Komisar. dla walki z epidemjami, wykazuje wielki talent organizacyjny i staje się cenionym współpracownikiem prof dr. Godlewskiego. W listopadzie r. 1921 obejmuje stanowisko lekarza powiatowego powiatu olkuskiego; już w następnym roku, dzięki niezmordowanym zabiegom, oddaje do użytku świetnie urządzoną łaźnię ludową w Olkuszu, organizując nadto punkty lekarskie i akuszerek sejmikowych w powiecie, rozszerza zakres dwuch Szpitali sejmikowych i równocześnie tworzy dział lekarski powstającej w powiecie Kasy chorych, doprowadzając we wrześniu 1922 r. do jej otwarcia, przyczem pełni funkcję lekarza naczelnego

Ogrom włożonej w to wytężającej pracy wyczerpuje organizm Tego niezmordowanego pracownika, tak, że musi, zrezygnowawszy ze stanowiska lekarza powiatowego, wyjechać do Zakopanego, skąd jednak wbrew przestrogom tamtejszych kolegów, pełen wiary i zapału do umiłowanej pracy społecznej, nie czekając zupełnej poprawy zdrowia, wkrótce wraca na stanowisko lekarza naczelnego Kasy chorych i zjednywa Sobie nadzwyczajnemi zaletami charakteru, taktem, obowiązkowością, sumiennością i przez pracę żmudną nad Sobą Samym, wzrastającą wiedzą fachową coraz więcej przyjaciół w gronie nie tylko kolegów i współpracowników lecz także chorych i władz. Rozwijająca się jednak gruźlica, której poświęca wiele studjów, opanowując wszechstronnie nowoczesne o niej piśmiennictwo, zabiera nam jednego z najzacniejszych kolegów, a Ojczyźnie tęgiego obywatela, otoczonego czcią i miłością rzeczywiście powszechną

Związek lekarzy powiatu olkuskiego postanowił w dniu odprowadzenia przedwcześnie zgasłego Kolegi na miejsce wiecznego spoczynku uczcić Jego pamięć przez ufundowanie jednego łóżka, Jego Imienia, w Sanatorjum Uniw. Jagiell. dla dzieci w Zakopanem, którem kieruje były Szef Zmarłego, prof. dr. Godlewski.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

Rok 1923. (Streszczenie).

VII. Posiedzenie 7. marca.

1. Dr. Karwowski (Szp. Okr.) przedstawia dwa przypadki czystego **zwężenia ujścia żylnego** lewego. Omawia etjologję, okazuje zdjęcia

Dyskusja: Prym. Ziembicki omawia sprawę wrodzonego zwężenia ujścia żylnego lewego, t. zw. wadę Duroziera, podnosząc, że tę wadę kobiety w czasie ciąży dobrze znoszą, w przeciwieństwie do wad nabytych.

2. Dr. Musiał przedstawia przypadek **olbrzymiej rogówki** u dziecka 7-dniowego na obu oczach.

3. Dr. Biliński (Szp. Okr.). przedstawia przypadek **wrzodu miękkiego pełzającego.**

4. Dr. Unieszowski (Szp, Okr.) przedstawia:

a) Przypadek zniszczenia **napletka** wskutek stulejki,

b) przypadek wrodzonego **braku mięśnia piersiowego** wielkiego po stronie prawej.

5 Dr. Reich (Szp. Okr.) przedstawia 3 przypadki zaburzeń w układzie nerwowym po przebyciu nagminnego zapalenia śródmóżdżka.

VIII. Posiedzenie. 14 marca.

1. Prym. Domaszewicz okazuje preparat anatomiczny mózgu z **guzem móżdżku** z przypadku przedstawionego w swoim czasie.

2. Dyskusja nad przypadkami nagminnego zapalenia śródmóżdżka, przedstawionymi na poprzednim posiedzeniu przez dra Reicha.

1. Prym Domaszewicz przypomina, że r. 1920 dr. Baley na materjale oddziału Wewn. III. wykazał u chorych na nagminne zapalenie śródmóżdża wybitne i stałe występujące zmiany we krwi, mianowicie limfocytozę, eozynofilję i zwiększoną liczbę komórek tucznych. Nie zgadza się z prelegentem, jakoby nagminne zapalenie śródmóżdża powodowało objawy opuszkowe jako wyraz zmian w jądrach, nie widzimy bowiem porażeń, a tylko niedowład.

2. Prym Ziembicki przypomina zapatrywanie swoje wypowiedziane na jednem z posiedzeń w r. 1921, gdzie limfocytozę przy nagminnem zapaleniu śródmóżdża uważał za objaw korzystny, przedstawiający dowód odruchu ze strony organizmu, jakkolwiek objawu tego nie można uważać za właściwy tej tylko sprawie chorobowej. Natomiast w przypadkach wątpliwych rozpoznawczo może dopomódz do zróżniczkowania, jako jedna z cech obrazu tej choroby, a to zwłaszcza w przypadkach przewlekających się.

3. Dr Reich uważa limfocytozę u chorych z nagminnem zapaleniem śródmóżdża za pierwotną i wynikającą ze zmian w gruczołach wewnętrznego wydzielania, porównując formułę krwi z t. zw. obrazem Kocherowskim. Limfocytoza byłaby w myśl tego objawem niepomyślnym.

4. Prym. Ziembicki nie może się zgodzić na takie tłumaczenie, gdyż niema dowodu, ażeby osobniki zapadające na nagminne zapalenie śródmóżdża odznaczały się już przed chorobą kocherowskim obrazem krwi. O ile zaś obraz ten występuje dopiero w czasie infekcji, nie można go uważać za konstytucjonalny, podobnie jak nie można za konstytucjonalny uważać zbliżonego pod względem limfocytozy obrazu krwi w durze brzusznym i innych zakażeniach.

3. Dr. Oxner (Wewn. I.) i dr. Frostig (Wewn III.) przedstawiają przypadek **histerji** z przewagą objawów żołądkowych: chory wymiotował po każdem jedzeniu. Badania wykazały cechy wagotoniczne. Silny odczyn na pilokarpinę, brak odczynu na atropinę. Hypnoza usunęła wymioty, pozostała natomiast czkawka. Dalsze leczenie hipnozą usunie zdaniem prelegentów i ten objaw.

IX. Posiedzenie. 21. marca.

Posiedzenie poświęcone pamięci **Röntgena.**

1. Dr Chania (jako gość) podaje życiorys Röntgena i wyłuszcza genezę i zasady jego wynalazku.

2. Dr. Vrabetz omawia znaczenie promieni X w medycynie.

3. Dr. Kas przedstawia i omawia szereg interesujących zdjęć.

X. Posiedzenie. 11. kwietnia.

1. Prof. Węgłowski (Szp. Okr.) wygłasza wykład o **ciałach obcych w przełyku.** Objaśnia własnego pomysłu udoskonalenie oesophagoskopji i przedstawia 3 przypadki usunięcia ciała obcego z przełyku.

2. Dr. Stroński (Szp. Okr.) wygłasza wykład o **operacji Leriche** (*Perisympathicotomia)* i objaśnia go szeregiem przypadków, między innymi przypadku wyleczonego wrzodu drążącego stopy po odmrożeniu.

Dyskusja: Dr. Reich, prof. Węgłowski.

3. Dr. Skrowaczewski (Szp. Okr,) przedstawia przypadek **tętniaka tętnicy skroniowej środkowej.** Powtarzające się przy tem od paru lat krwotoki z ucha. Zamierzone odsłonięcie i podwiązanie.

4. Dr. Stroński omawia korzystne wyniki proteinoterapji w **zapaleniu szpiku kostnego.**

Dyskusja: Prof. Węgłowski

XI. Posiedzenie. 18. kwietnia.

1. Prym. Leńko wygłasza wykład o **ciałach obcych w pęcherzu.** Przedstawia przypadek ciała obcego, mianowicie parafiny, wprowadzonej do pęcherza w celu uwolnienia się od kary więziennej.

2. Dr. Miszlówna (Wewn. I.) przedstawia:

a) Przypadek z rozpoznaniem **kiły śledziony,**

b) przypadek z rozpoznaniem **kiły płuc.**

Dyskusja: Prym. Ziembicki sądzi, że rozpoznanie kiły płuc nie jest w przedstawionym przypadku dostatecznie uzasadnione. Sprawa płucna przebiegała ostro i ustąpiła, jakby wynikało z historji choroby przed przeprowadzeniem specyficznego leczenia, które zastosowano ze względu na dodatni odczyn Wassermanna. Mogło to być poprostu zapalenie płuc u osobnika kiłowego. Dr. Vrabetz jako roentgenolog, który dokonał w przedstawionym przypadku prześwietlenia, zauważa, że umiejscowienie sprawy, w dolnym prawym płacie usprawiedliwiało podejrzenie co do kiły. Prym. Ziembicki nie uważa tego szczegółu za wystarczający, gdyż i zapalenie płuc właśnie w dolnym płacie prawym umiejscawia się zbyt często, tak, że dopiero przebieg i powtórzona kontrola roentgenologiczna mogłaby usprawiedliwić powzięte podejrzenie. Prof. Wiczkowski przyznaje słuszność uwagom Ziembickiego.

3. Dr. Goldbergerówna (Wewn. I.) przedstawia przypadek **aleukemji.**

XII. Posiedzenie. 25. kwietnia.

1. Dr. Bohin (Wewn. II.) wygłasza wykład o **sanatoryjnem leczeniu gruźlicy.**

2. Dr. Braemerówna (Wewn. I) omawia 2 przypadki **ostrej białaczki.**

Dyskusja: Prof. Wiczkowski zastanawia się nad etjologją ostrej białaczki i omawia swe usiłowania przeszczepienia na kury. Etjologja pozostaje niewyjaśnioną.

3. Dr. Krukowski (Zak.) wygłasza wykład o **odporności w durze osutkowym.** Na podstawie kilkuletniego doświadczenia przychodzi do przekonania, że wbrew przyjętemu dość powszechnie zapatrywaniu, powtórne zakażenie durem plamistym jest możliwe. Jest ono uzależnione od długości okresu, jaki upłynął od czasu pierwszego zakażenia, następnie od rodzaju jadu (pasaż z zawiesiny mózgowej zakażonej świnki, krew gorączkującego chorego, czysta kultura Rickettsiae Provazeki), dalej od nasilenia pierwszego zakażenia, a wreszcie od gatunku świnek i warunków, w jakich żyją. Powtórne zakażenie może wystąpić jużto jako typowe schorzenie, jużto jako postać poronna, jużto utajona. Nieraz można ją wykryć dopiero kontrolą na królikach. Tym wynikom doświadczalnym, które prelegent przeprowadzał w pracowni prof. Wejgla we Lwowie, odpowiadają spostrzeżenia na materjale ludzkim. Za powtór-

nem zapadnięciem u człowieka przemawiają n. p. lekkie przypadki obok śmiertelnych, wykazane w tej samej miejscowości i w ciągu tejże epidemji, dalej naogół łagodny przebieg duru plamistego w miejscowościach endemicznie opanowanych przez dur plamisty. U pracujących w Instytucie Biologji we Lwowie u prof. Wejgla zaszły następujące przypadki powtórnego zachorowania:

Prelegent przebył pierwszy raz dur plamisty w roku 1917. Od maja 1922 nosił na sobie wszy zakażone (1.000 do 2.000 sztuk dziennie) w celu karmienia ich i to początkowo wszy zdjęte bezpośrednio z chorego, następnie zaś w formie pasaży Rickettsiae Provazeki. Powtórnemu zakażeniu uległ w lipcu 1922 roku. Przebieg był typowy. We wrześniu tegoż roku uległa powtórnej infekcji p Załuska, laborantka zakładu, która podczas choroby prelegenta objęła hodowlę wszy zakażonych, nosząc je na sobie w celu wykarmienia. Pierwszy raz przebyła ona dur plamisty w r. 1919. Trzeci przypadek powtórnego zakażenia durem plamistym zaszedł na osobie prof. Wejgla, w 4-ry lata po przebyciu duru, a również w związku z karmieniem wszy zakażonych. Przebieg był poronny. Odporność nabyta po durze plamistym może więc być przełamaną zależnie od miejscowych warunków. Zarazek durowy znika z krwi chorego jako czynnik zakaźny po spadku ciepłoty. Ale ozdrowieńcy i uodpornieni mogą bezkarnie dla siebie roznosić zarazek duru plamistego w postaci wszy zakażonych skądinąd. W pewnych warunkach, przechodząc utajoną, powtórną infekcję, mogą nawet zakażać bezpośrednio wszy i nieuchwytnie szerzyć dur plamisty. Okoliczność ta wymaga, by w czasie zwalczania epidemji duru plamistego, na uodpornionych zwracano szczególnie baczną uwagę. Do wykrywania uodpornionych może znakomicie się przydać preparat, zwany exantyną, a podany przez drów Flecka i prelegenta (patrz posiedzenie V. z dnia 21. lutego b. r.). Można przyjąć, że jak długo odczyn skórny exantynowy pozostaje ujemnym, tak długo dana jednostka jest odporną i bezkarnie dla siebie może szerzyć zakażenie durowe za pośrednictwem wszy. Naszem dążeniem powinno być otrzymać **odporność** przez wywołanie ukrytego zakażenia zapomocą osłabionych kultur Rickettsiae Provazeki.

Dyskusja: Dr. Fels nawiązując do spostrzeżenia, że chłopi rosyjscy przechodzą dur plamisty lekko, stawia pytanie, czy to niebyłby dowód zakażenia wtórnego. Zauważa jednak, że i dzieci przechodzą dur plamisty lekko, pomimo że przedtem nie chorowały. Dr. Hubert wypowiada przypuszczenie, że powtórne zachorowanie wymienionych 3-ch osób z pracowni biologicznej, przyszło do skutku dzięki wprowadzeniu wielkich ilości zarazka, przeciw której ustrój nie mógł skutecznie walczyć, pomimo raz przebytej choroby i uodpornienia. Dr Krukowski nie podziela zapatrywania Felsa, jakoby dzieci przechodziły lżej dur plamisty. Gorączkują również bardzo wysoko. Mała śmiertelność tłumaczy się raczej siłami młodego, zdrowego ustroju.

XIII. Posiedzenie. 2. maja.

1. Dr. Fleck (Wewn. II.) wygłasza wykład p. t.: **Stosunek proteinoterapji do anafilaksji.** (Przeznaczone w całości do druku) [1]).

Dyskusja: Prym. Ziembicki, dr. Musiał.

2. Dr. Krukowski (Zak.) wygłasza odczyt o **przebiegu błonicy** na tutejszym oddziale chorób zakaźnych.

XIV. Posiedzenie 9. maja.

1. Dr. Karwowski kpt-lek. (Szp. Okr.) przedstawia chorego z **eunuchoidyzmem**.

Dyskusja: Prym. Ziembicki.

2. Dr. Reich (Szp. Okr.) przedstawia chorego z **zaburzeniami ruchowemi na tle organicznem**, omawiając fizjologję i patologję ruchu.

Dyskusja: Prym. Domaszewicz, prof. Węgłowski, dr. Frostig

[1]) Vide: Polska Gazeta Lekarska 1923. Nr. 52.

XV. Posiedzenie. 6. czerwca.

Program w całości Sekcji Sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej.

1. Dr. Kamiński mjr lek.: Znaczenie wczesnego rozpoznawania **schorzeń płuc i serca u żołnierzy.**

2. Dr. Skrowaczewski mjr-lek.: **Narząd słuchowy w wojsku.**

3. Dr. Łuc kpt-lek.: Lekarz wojskowy a walka z **chorobami wenerycznemi.** (Szczegółowe sprawozdanie w „Lekarzu Wojskowym“.

XVI. Posiedzenie. 13. czerwca.

1. Dr. Mehlmann (Kił. m.) przedstawia 3 przypadki **kiły złośliwej.**

2. Dr. Frostig (Szp. Okr.) przedstawia kilka przypadków **symulacji.**

XVII. Posiedzenie. 20. czerwca.

1. Dr. Frostig (Szp. Okr.) przedstawia:

1) 3 przypadki **niedorozwoju umysłowego** u osobników:

a) z mongołowatością,

b) z mikrocefalją,

c) z czaszką wieżowatą.

2) Przypadek **udanego jąkania.**

2. Dr. Bahrówna (Wewn. I.): Przypadek **lymphogranulomatosis maligna.**

Dyskusja: Dr. Janusz omawia anatomję patologiczną tego cierpienia i proponuje dla niego nazwę: *Lymphogranulomatosis lenta.* Prym. Ziembicki nie widzi potrzeby wprowadzania nowej nazwy, któraby mogłaby się stać powodem nieporozumienia, zwłaszcza, dopóki patogeneza cierpienia nie jest dostatecznie wyświetloną O ileby się okazało, że przecież nie jest to nic innego jak gruźlica, jak to stara się wykazać Weinberg w swej monografji z przed 2 lat w Zeitschrift für kl. Medicin, to określenie »*lenta*« byłoby tembardziej zbyteczne. W zasadzie, każda przewlekła postać gruźlicy cechuje się powolnym rozwojem i jest »*lenta*«.

3 Dr. Strichówna (Wewn II.) omawia przypadek **ciała obcego w drogach oddechowych**, mianowicie kostki, która pozostawała w oskrzelu przez 5 miesięcy, wywołując kaszel, ból, plwocinę lekko cuchnącą z domieszką krwi, niedomogę odcinka płucnego, poczem została wykrztuszoną z oskrzela.

Dyskusja: Prym. Ziembicki.

XVIII. Posiedzenie. 27. czerwca.

1. Dr. Oxner (Wewn. I.) przedstawia przypadek guza tętniącego w okolicy mostka, z rozpoznaniem **zropiałego kilaka**, o tętnieniu udzielonem.

Dyskusja: Prym. Ziembicki, dr. Węgrzynowski, prym. Domaszewicz.

2. Prym. Domaszewicz wygłasza odczyt o **psychologji żołnierza na froncie**

3. Dr Krukowski (Zak.) omawia serologiczne własności **Rickettsiae Provazeki.**

XIX. Posiedzenie 3. października.

1. Dyrektor szpitala dr. Krzyżanowski poświęca słowa wspomnienia zmarłemu ś. p. dr. Slękowi, prymarjuszowi oddziału chirurgicznego.

2. Dr. Karwowski (Szp. Okr.) przedstawia:

a) Własnego pomysłu budzik elektryczny do **oznaczania czasu naświetlania** promieniami.

b) Przypadki **cierpień skórnych** leczonych tymi promieniami.

c) **Teleroentgenogramy.**

3. Dr. Oxner (Wewn. I.) przedstawia wynik sekcji chorego, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu, z tem, że guz tętniący okazał się **tętniakiem tętnicy głównej.**

4. Dr. Baley sen. omawia **zaburzenia tętna** w przebiegu nagminnego zapalenia śródmóżdża.